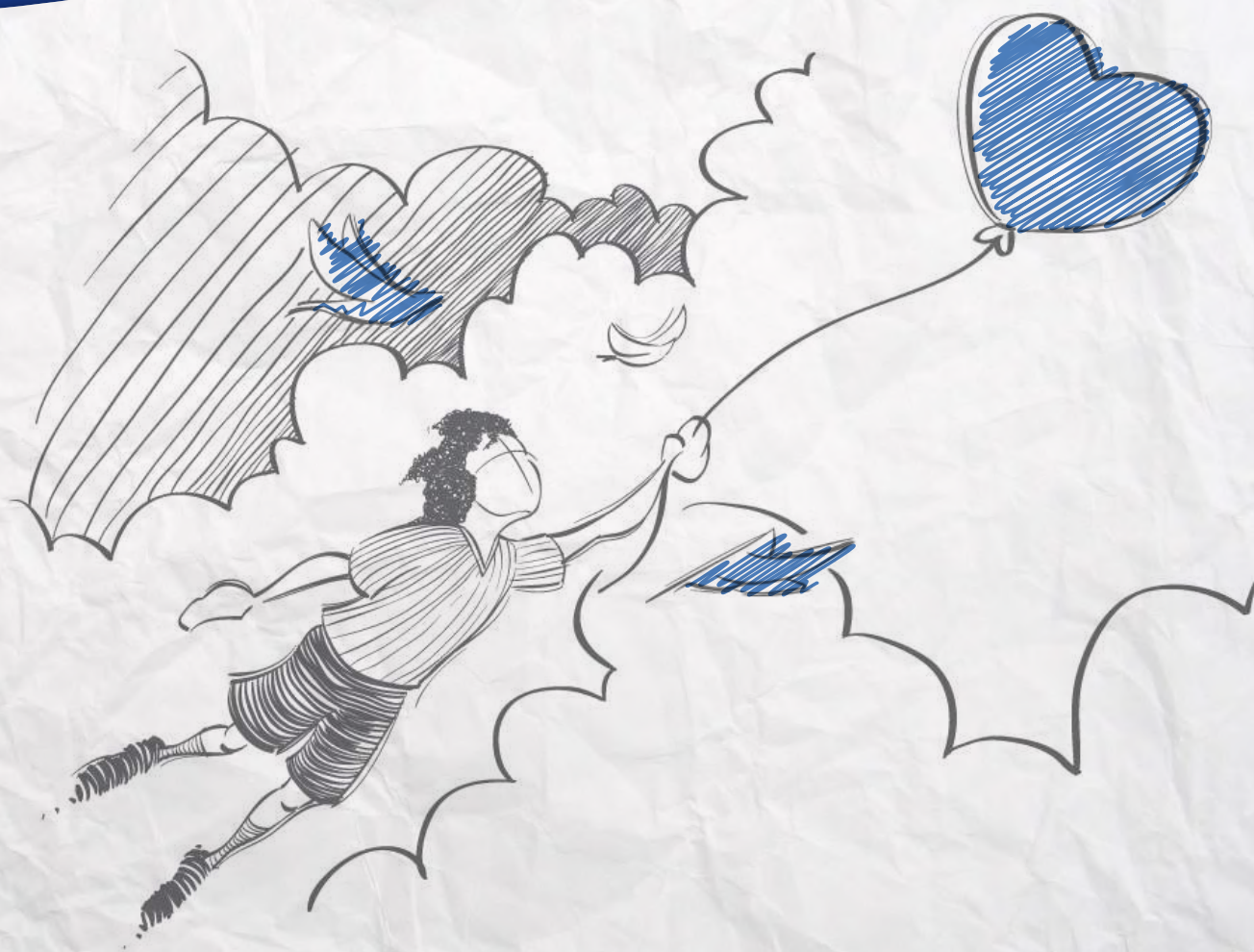




Volume 04
O DIREITO À VIDA E SAÚDE



**DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL
DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA**



VOLUME IV

O Direito à Vida e à Saúde

Curitiba, 2017

**DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL
DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA**



**VOLUME IV
O Direito à Vida e à Saúde**

IDEALIZAÇÃO:



REALIZAÇÃO:



APOIO:



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Januário, Ermelinda Maria Uber

Diagnóstico da realidade social da infância e juventude do município de Curitiba, Ermelinda Maria, Uber Januário, Fátima Mottin, Maria Helena Provenzano. – 1. ed. – Joinville, SC : Painel Instituto de Pesquisas, 2018.

Vários colaboradores.

Bibliografia. ISBN 978-85-93177-06-4

1. Ciências sociais - Pesquisa - Curitiba (PR)
2. Crianças e adolescentes - Direitos 3. Curitiba (PR) - Aspectos socioeconômicos 4. Estatística
5. Indicadores sociais - Crianças e adolescentes
6. Infância 7. Juventude I. Mottin, Fátima.
- II. Provenzano, Maria Helena. III. Título.

18-13404

CDD-304.6098162

Índices para catálogo sistemático:

1. Curitiba : Paraná : Diagnóstico social :
Infância e juventude : Ciências sociais 304.6098162

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CPI)

(CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL)

Diagnóstico da Realidade Social da Infância e Juventude do Município de Curitiba,

Volume 4: O Direito à Vida e à Saúde

1ª Edição, Curitiba, PR – Núcleo Criativo Painei – 2017

18-13404

CDD-304.6098162

ÍNDICES PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

304.6098162

Coordenação Geral do Diagnóstico

Ermelinda Maria Uber Januário – Economista CORECON nº 2.556-9

Fátima Mottin – Estatística CONRE nº 9013-A

Coordenação de Projeto

Maurício Cunha – Administrador e Antropólogo

Análise Estatística

Fátima Mottin – Estatística CONRE nº 9013-A

Equipe Técnica

Ana Maria Mottin – Pedagoga e Administradora Pública

Drª Selma Cristina Franco – CRM/SC 9.870

Médica Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente

Marlene Bonow Oliveira – Nutricionista – CRN-2 2786

Coordenação de Campo

Maria Helena Provenzano – Administradora

CRA nº 27913

Supervisora de Campo

Heloisa Rafael Moraes – Assistente Social

CRESS nº 10928

Pesquisadoras

Diana Garbin

Francine Duarte e Silva

Franciane Paterno

Revisão Ortográfica

Nadja Luciani Rodrigues Backes Matrícula 222.028.8.01

Base Cartográfica

Rodolfo Uber – Administrador

Identidade Visual

Rafael Uber – Diretor de Arte e Diretor Cinematográfico

DRT 11048/48

Assessoria de Imprensa

Ana Luísa Nascimento – Jornalista MTE 11712

CONSELHO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE CURITIBA – COMTIBA

Gestão 2016

Gestão 2017

Presidente: Rosângela de Barbara da Silva

Fundação de Ação Social

Vice-Presidente: Ana Paula Ribeyre Baena

Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro

Presidente: Cátia Regina Kleinke Jede

Associação das Abelhinhas de Santa Rita de Cássia

Vice-Presidente: Claudia Regina Martins Estorilo

Fundação de Ação Social

Conselheiros Governamentais:

Jucelma Silveira Martinatto

Fundação de Ação Social

**Itália Bettega Joaquim e
Danielle Bonamin Flores**

SME - Secretaria Municipal de Educação

Jussara Sorgenfrei e Nícia Elaine Alves

SMELJ - Secr. Munic. Do Esporte, Lazer e Juventude

Marco Aurélio de Freitas Margarida e Marilena Rocio Pereira

SMF - Secretaria Municipal de Finanças - FAS

Maria Christina Barreto e Angela Leite Mendes

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

Igo Martini e Thays Carvalho Cesar

Assessoria de Direitos Humanos e
Igualdade Racial do Gabinete do Prefeito

Conselheiros Governamentais:

Tatiana Possa Schafachek

Fundação de Ação Social

**Maria de Lourdes do Prado Kruger D'Almeida e
Silvana Regina Cordeiro Cruz**

SME - Secretaria Municipal de Educação

Thiago Antonio Soares Pinto e Eloir Machado de Castro

SMELJ - Secr. Munic. Do Esporte, Lazer e Juventude

Gilmar Santos Pereira e Maiquel Guilherme Zimann

SMF - Secretaria Municipal de Finanças - FAS

Maria Christina Barreto e Angela Leite Mendes

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

Patricia Lee Góes Cardoso e Solange do Rocio Luciano Kobiyama

SGM - Secretaria de Governo Municipal

Conselheiros Sociedade Civil:

Renan Gustavo Costa Ferreira e Marjorye Regiane Gaiovicz

Associação Comunitária Presbiteriana

Cátia Regina Kleinke Jede e Andréia Felix

Associação das Abelhinhas de Santa Rita de Cássia

Ety Cristina Forte Carneiro

Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro

Peri Eugênio de Castro e Thais Mendes Meier

Associação Metodista de Ação Social - AMAS

Orley Boçon e Patrick James Reason

Fundação Iniciativa

Vera Lucia Barletta e Robinson Salazar Buitrago

Recrutar Família e Adoção

Conselheiros Sociedade Civil:

Renan Gustavo Costa Ferreira e Marjorye Regiane Gaiovicz

Associação Comunitária Presbiteriana

Andréia Felix

Associação das Abelhinhas de Santa Rita de Cássia

Thelma Alves de Oliveira e Rodrigo Bonfim

Associação de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro

Peri Eugênio de Castro e Richard Mannich

Associação Metodista de Ação Social - AMAS

Antonio Augusto Dalfollo Ortiz e Regina Natalia Souza Mendes

Fundação Iniciativa

Ana Lucia Grochowicz Cavalcante e Luciane Sheidt

Recrutar Família e Adoção

COMISSÃO DE CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Através da Resolução nº 25 publicada no diário oficial de Curitiba no dia 23 de abril de 2015 criou-se a comissão para construção do Diagnóstico da Infância e Juventude de Curitiba.

Governamental

Maria Christina Barreto e Roberta Kikuthi de Simone

Secretaria Municipal de saúde - SMS

Nair Araújo Brito de Macedo

Fundação de Ação Social - FAS

Sociedade Civil

Laize Marcia Porto Alegre e Peri Eugênio de Castro

Associação Metodista de Ação Social - AMAS

Patrick James Reason

Associação Beneficente Encontro com Deus

Cassia Ap. Bernardelli e Marjorye Gaiovicz

Chácara dos Meninos de 4 Pinheiros

Vera Lucia Barletta

RECRUAR - Família e Adoção

Assessoria Técnica

Marcia Yuri Sekikawa Nagata

Fundação de Ação Social - FAS DPSE

**Érika Hayashida e
Débora Cristina de Carvalho**

Fundação de Ação Social - FAS SPL

**Alexandre Fernandes Macedo e
Maria Aparecida dos Santos**

Fundação de Ação Social - FAS
(Secretaria Executiva dos Conselhos)

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Comissão 2016

**Érika Haruno Hayashida
e Débora Cristina de Carvalho**

Fundação de Ação Social – FAS (Superintendência de Planejamento)

Alexandre Fernandes Macedo e Maria Aparecida dos Santos

Fundação de Ação Social – FAS (Secretaria Executiva dos Conselhos)

Nair Araújo Brito de Macedo e Marcia Yuri Sekikawa Nagata

Fundação de Ação Social – FAS

Maria Christina Barreto e Roberta Kikuthi de Simone

Secretaria Municipal de saúde – SMS

Patrick James Reason

Associação Beneficente Encontro com Deus

Cassia Ap. Bernardelli e Marjorye Gaiovicz

Chácara dos Meninos de 4 Pinheiros

Vera Lucia Barletta

Associação Fênix

Laize Marcia Porto Alegre e Peri Eugênio de Castro

Associação Metodista de Ação Social – AMAS

Comissão 2017

**Maria de Lourdes do Prado Kruger D'Almeida
e Silvana Regina Cordeiro Cruz**

Secretaria Municipal de Educação – SME

Claudia Regina Martins Estorillo

Fundação de Ação Social – FAS

Peri Eugênio de Castro e Richard Mannich

Associação Metodista de Ação Social – AMAS

Cátia Regina Kleinke Jede e Andréia Felix

Associação das Abelhinhas de Santa Rita de Cássia

Patrick James Reason

Associação Beneficente Encontro com Deus

Vera Lucia Barletta

Associação Fênix

Renata Mareziuzek dos Santos (Gestora do Contrato)

Tatielly Leticia Sloboda Tozo (Suplente)

Érika Haruno Hayashida (Apoio técnico)

Fundação de Ação Social – FAS (Secretaria Executiva dos Conselhos)

Maria Aparecida Martins Camatari (Secretaria Executiva)

Maria Aparecida dos Santos (Técnica responsável)

Carla Inês de Freitas Piazzetta (Apoio Administrativo)

Fundação de Ação Social – FAS (Secretaria Executiva dos Conselhos)

Gestão de Curitiba 2017

Rafael Greca de Macedo

Prefeito

Eduardo Pimentel

Vice-prefeito

Secretarias

Elenice Malzoni

Fundação de Ação Social

Maria Silvia Bacila Winkeler

Secretaria Municipal da Educação

Marcelo Cattani

Fundação Cultural de Curitiba

Marcello Bernardi Vieira Richa

Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude

Márcia Cecília Huçulak

Secretaria Municipal da Saúde

Guilherme Rangel

Secretaria Municipal da Defesa Social

INSTITUIÇÕES COLABORADORAS

Conselho Municipal da Criança e do Adolescente de Curitiba - COMTIBA

Conselho Municipal da Assistência Social - CMAS

Fundação de Ação Social de Curitiba - FAS

Entidades Sociais de Atendimento à Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Secretaria Municipal da Educação

Rede de Proteção de Curitiba

Polícia Civil

Secretaria Municipal de Defesa Social

Associação Metodista de Ação Social -

AMAS da Igreja Metodista Central de Curitiba sede das reuniões quinzenais

PREFÁCIO

Este diagnóstico foi construído de forma participativa, da coleta à análise de dados, envolvendo toda a equipe – coordenação, técnicos, estatísticos, entrevistados, etc. – e a comissão que participou ativamente de todo o processo.

O conteúdo aqui disponibilizado tentou ao máximo se resguardar de opiniões pessoais ou crenças pré-estabelecidas sobre o tema e as problemáticas que o envolvem.

É importante que a leitura seja feita lembrando que a construção deste diagnóstico se orientou no que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e seus direitos fundamentais.

Esperamos que a leitura seja reflexiva e oriente de forma efetiva as políticas públicas e as ações da sociedade civil em benefícios das crianças, adolescentes e jovens de Curitiba.

Equipe do diagnóstico

EPÍGRAFE

Proibição de montão

Tem coisas que não poso pegar

Só os adultos sabem organizar

Outras coisas são perigosas,

Que devo evitar

Sabão, fogo, forno, tomada,

Escada, janela, buraco, panela,

Tudo isso nem se rela

Por enquanto, é só olhar

É chato...

Mas acho que dá pra aguentar

Thelma Alves de Oliveira¹

¹ Poema extraído do Livro "Eu sei de mim. Ah! Sei sim!" de Thelma Alves de Oliveira, Volume 1.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CT	Conselho Tutelar
CVV	Centro de Valorização da vida
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERICA	Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
FAS	Fundação de Ação Social de Curitiba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PA	Pronto Atendimento
PcD	Pessoa com Deficiência
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviço à Comunidade
PSE	Proteção Social Especial
RDJ	Razão de Dependência Jovem
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RM	Região Metropolitana
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SGDCA	Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Institucional
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE INDICADORES

INDICADOR 1: TAXA DE NATALIDADE	38
INDICADOR 2: PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIAS CONGÊNITAS	41
INDICADOR 3: PERCENTUAL DE BAIXO PESO AO NASCER.....	44
INDICADOR 4: PERCENTUAL DE GESTANTE COM PRÉ-NATAL INSUFICIENTE	47
INDICADOR 5: PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	52
INDICADOR 6: PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA JUVENTUDE	55
INDICADOR 7: TAXA DE USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPS OU CAPSI	91
INDICADOR 8: TAXA DE USUÁRIOS ATENDIDOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	96
INDICADOR 9: TAXA DE ACESSO A ESPECIALIDADE	101
INDICADOR 10: TAXA DE AGRAVOS DE 0 A 5 ANOS.....	109
INDICADOR 11: TAXA TOTAL DE AGRAVOS DE 6 A 11 ANOS.....	110
INDICADOR 12: TAXA TOTAL DE AGRAVOS DE 12 A 17 ANOS.....	112
INDICADOR 13: TAXA TOTAL DE AGRAVOS DE 18 A 21 ANOS	114
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NO PERÍODO PÓS-NEONATAL.....	123
INDICADOR 18: TAXA DE MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS (PÓS-INFANTIL).....	124
INDICADOR 19: TAXA DE MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	125
INDICADOR 20: TAXA DE MORTALIDADE NA JUVENTUDE	128
INDICADOR 21: TAXA DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.....	131
INDICADOR 23: TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE ATOS ATENTATÓRIOS À VIDA E À SAÚDE.....	138
INDICADOR 24: TAXA DE NOTIFICAÇÕES DE DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO CONSELHO TUTELAR	141

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	9
EPÍGRAFE	10
1. APRESENTAÇÃO	14
2. MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À VIDA E À SAÚDE	16
3. INDICADORES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE.....	21
3.1. SAÚDE BUCAL.....	23
3.2. NUTRIÇÃO	27
3.3. GESTAÇÃO E NASCIMENTO	38
3.4. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E NA JUVENTUDE.....	51
3.4.1. PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA GESTAÇÃO E NATALIDADE	58
3.4.2. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA GESTAÇÃO E NATALIDADE	60
3.5. MORBIDADE HOSPITALAR.....	63
3.6. DEFICIÊNCIA.....	76
3.6.1. PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA DEFICIÊNCIA.....	78
3.6.2. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC QUE ATUAM COM O TEMA DEFICIÊNCIA	80
3.6.3. ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE COM PAIS/RESPONSÁVEIS DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA	84
3.7. VACINAÇÃO	88
3.8. TRANSTORNOS MENTAIS.....	89
3.9. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	95
3.9.1. PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA DROGADIÇÃO	97
3.9.2. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA DROGADIÇÃO	99
3.10. ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	100
3.11. AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	103
3.11.1. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC QUE FAZEM ATENDIMENTOS ÀS DOENÇAS ESPECÍFICAS	115
3.12. MORTALIDADE	117
3.13. VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.....	130
3.13.1. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA DE VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS	134
3.14. VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	137
3.14.1. ATOS ATENTATÓRIOS À VIDA E À SAÚDE	137
3.14.2. DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO CONSELHO TUTELAR	139
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
5. RECOMENDAÇÕES.....	148
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149
7.GLOSSÁRIO.....	153
8.APÊNDICE 1.....	155

1. APRESENTAÇÃO

O Direito à Saúde, no âmbito da infância e adolescência, é fundamental de forma específica no sentido de que é dirigido especialmente aos que se encontram em fase peculiar de desenvolvimento (como previsto no artigo 6, do ECA), porque estão sendo formados tanto física quanto psicologicamente.

Os demais direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como na Convenção dos Direitos da Criança da ONU, que inspirou sua redação, além dos demais instrumentos normativos internacionais e nacionais que se reúnem para a Proteção Integral, só serão usufruídos plenamente se o público alvo tiver saúde para vivenciá-los.

Mesmo assim, quando estes estiverem afetados por algum tipo de limitação física, outros direitos virão em socorro para que possam ser gozados, de forma que atendam, proporcionando o bem-estar possível de ser alcançado e, conseqüente melhoria na condição de vida, como por exemplo, no caso das crianças com algum tipo de deficiência mental ou física que, nem por isso, deve ter prejuízo no seu processo formador em relação ao direito à educação, esporte, lazer, cultura, profissionalização, proteção no trabalho, convivência familiar e comunitária e, evidentemente, tudo à luz de muito respeito e dignidade.

O ordenamento jurídico inovou ao incluir no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, desde a fase gestacional, garantindo o direito ao pré-natal, parto e puerpério.

A Lei da Primeira Infância, promulgada ao final de 2016, voltou-se para as ações políticas a serem efetivadas para melhor concretizar o que já havia sido conquistado formalmente no texto legal. Além disso, especificou-se mais detalhadamente os cuidados a serem concretizados desde a concepção até os 6 anos de idade, fase de maior vulnerabilidade física e psicológica do desenvolvimento infantil. A impossibilidade de se comunicarem adequadamente, de compreenderem os abusos cometidos contra si próprios e, a incapacidade de se protegerem contra os seus cuidadores, com os quais têm uma relação de total dependência física e emocional, torna-os vítimas fáceis e inocentes pelo conjunto de circunstâncias presentes nesta fase da vida.

Assim, nos anos vulneráveis das crianças e adolescentes, segue o ordenamento jurídico especial, buscando atender diferentes temas que têm intercessão com o pleno desenvolvimento físico e psicológico saudável e, envolvem o relacionamento familiar e comunitário. Dentre eles, podem-se mencionar: os abusos sexuais; os maus-tratos; a exploração econômica, representada pelo trabalho infantil em suas diferentes modalidades, cujos riscos de prejuízo à saúde inspiraram a criação da Lista TIP; a dependência química de drogas lícitas ou ilícitas; a gravidez na adolescência; a obesidade infantil e o sedentarismo, muitas vezes originados pela ausência da atividade física, no viés que elevou o direito ao esporte, como prática que deve ser garantida a todos; a alimentação inadequada; a falta de higiene; a falta de moradia em condições salubres; as condições de insalubridade das unidades de privação de liberdade para adolescentes autores de atos infracionais; a alimentação inadequada para os internos, bem como para qualquer outra criança/adolescente em determinada instituição (escolar, de acolhimento, esportiva,...) e/ou criança em situação de rua ou em contato com o lixo.

Há a necessidade de uma atuação interdisciplinar, para vencer o desafio, de garantir e promover o direito à saúde daqueles que, se encontram em desenvolvimento. É isto que esta parte do diagnóstico do município de Curitiba procurará retratar através das informações coletadas nas diferentes instituições e apresentadas a seguir. O objetivo é mostrar o que precisa ser melhorado, alterado ou mantido como ação na política de atendimento municipal.

2. MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À VIDA E À SAÚDE

O levantamento do presente diagnóstico, neste capítulo específico, buscou mapear o conjunto de atores do Sistema de Garantia do Direito da Criança e do Adolescente – SGDCA de Curitiba, envolvidos com a proteção à vida e à saúde de crianças e adolescentes.

Neste sentido, foram realizadas visitas e coletas de dados na Secretaria Municipal de Saúde, nas entidades de atendimento não governamentais envolvidas com o tema vida e saúde, consideradas ou não como estabelecimentos da saúde, porém, que têm programas e projetos que impactam no tema.

A coleta nas instituições, órgãos e equipamentos, seguiu o padrão de coleta de fatos, notificações ou atendimentos ocorridos entre as datas de 01/01/2016 a 31/12/2016, no território do Município de Curitiba, na faixa etária de 0 a 21 anos.

Relembrando a classificação da Rede de Atendimento², as instituições, órgãos e entidades de defesa ao direito à vida e à saúde de Curitiba, somam um total de 185 unidades, detalhadas na Tabela 2.1, a seguir:

Tabela 2.1: Instituições, Órgãos e Entidades do SGDCA, envolvidos com o tema vida e saúde

Descrição	Quant.
Secretaria Municipal	139
CAPS e CAPSi**	12
Central de Vacina	1
Centro de Especialidades Médicas	4
Centro de Especialidades Odontológicas	3
Unidade Básica de Saúde	110
Unidade de Pronto Atendimento	9
Secretaria Municipal da Defesa Social	1
Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação - CAPE	1
Conselho Municipal da Saúde	1
Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência	1
Entidades de Atendimento*	28
Hospital	16
Setor Privado (Convênio SUS)	10
Setor Público	6
Total de Instituições, Órgãos e Entidades	186

Fonte: PAINEL INSTITUTO DE PESQUISAS, 2017.

*Estas entidades e organizações atendem crianças, adolescentes e jovens com projetos e programas voltados à vida e à saúde.

**Centro de Atenção Psicossocial e Centro de Atenção Psicossocial infantil

O mapeamento dos hospitais levou em consideração, além dos hospitais infantis, os que tinham maternidade e os hospitais que fazem pronto atendimento, internação ou cirurgia em crianças e adolescentes, além de listar os hospitais especializados (exemplo: Hospital Erasto Gaertner, Instituto Paranaense de Otorrinolaringologia – IPO, etc.).

² Vide Relatório 1 do Diagnóstico da Infância e Juventude de Curitiba.

Também fez parte do mapeamento o Conselho Municipal da Saúde e o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, os quais não tiveram coleta de dados, mas fazem parte da rede na fiscalização de políticas públicas da saúde e assim, atingem o público alvo deste diagnóstico.

A Central de Vacina foi considerada apenas a da rede pública, pois o objetivo deste diagnóstico se restringiu à vacinação em menores de 12 meses e, à vacinação contra o HPV³, por ter sido introduzida recentemente no SUS.

As entidades de atendimento tiveram os dados solidados, porém nem todas contribuíram com o diagnóstico, por não terem os dados organizados, ou por outros motivos.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente de Curitiba, que tem como fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, neste relatório será tratada como um todo, pois faz parte da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e especificamente em cada volume deste diagnóstico servirá como fonte para mensuração de indicadores de violência.

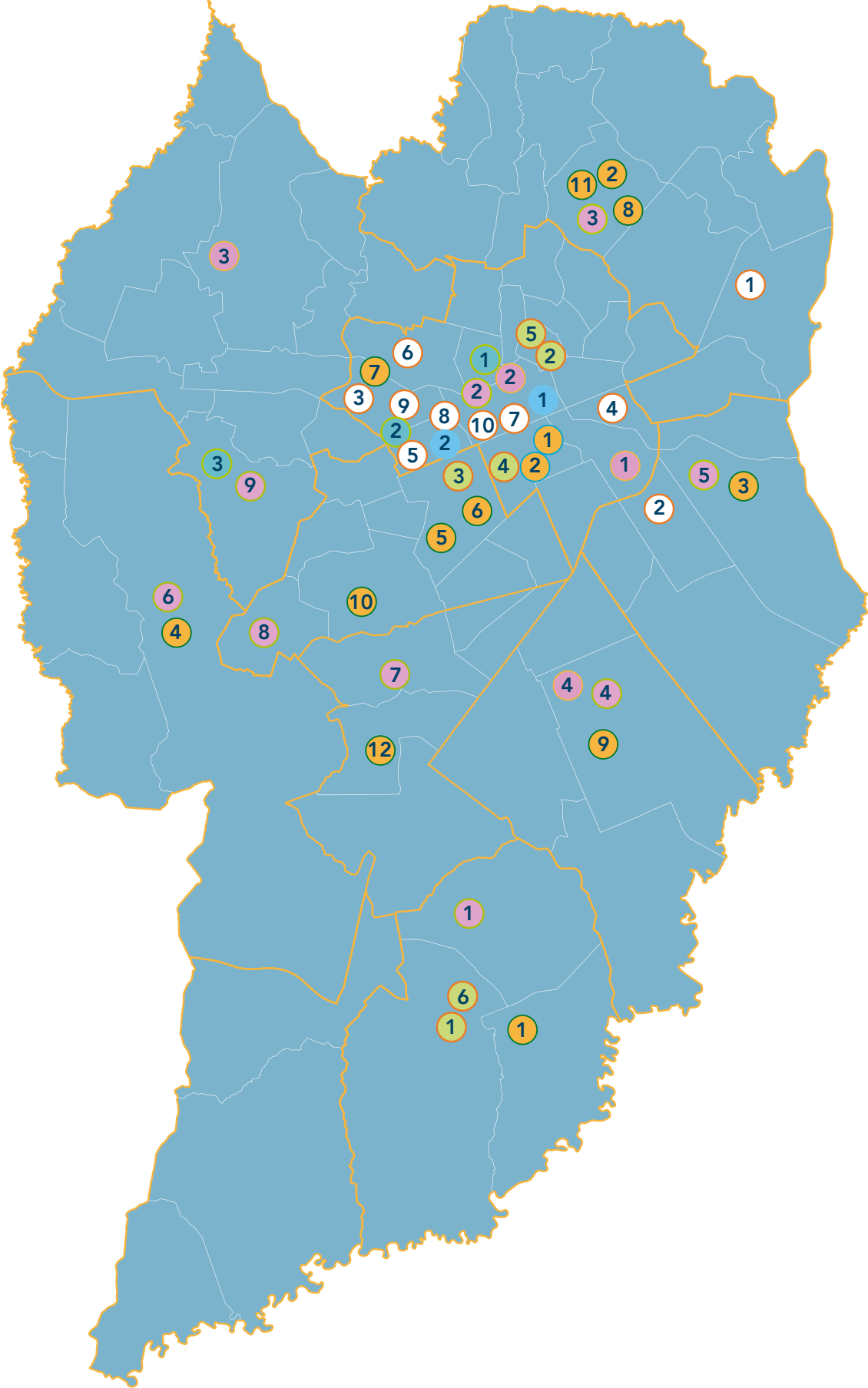
Cada instituição, entidade ou órgão citado na tabela, terá seus dados analisados e contextualizados em temas, para facilitar a análise e o planejamento de ações que venham a melhorar os indicadores relacionados.

Também foram realizadas entrevistas em profundidade com pais/responsáveis por crianças ou adolescentes com deficiência, para agregar percepções do atendimento feito a este grupo específico.

A seguir os mapas da rede de atendimento:

3 Sigla em inglês para Papilomavírus Humano, Human Papiloma Virus – HPV é um vírus que atinge a pele e as mucosas, podendo causar verrugas ou lesões precursoras de câncer, como o câncer de colo de útero, garganta ou ânus. Cada tipo de HPV pode causar verrugas em diferentes partes do corpo. (MS, 2014)

Mapa 1: Mapa da rede de atendimento: CAPS, CAPSi, UPA's, especialidades médicas, especialidades odontológicas e hospitais



Fonte: PAINEL INSTITUTO DE PESQUISAS, 2017.

CAPS e CAPSi

Setor público

- 1 CAPS Álcool e Droga Bairro Novo
- 2 CAPS Álcool e Droga Boa Vista
- 3 CAPS Álcool e Droga Cajuru
- 4 CAPS Álcool e Droga CIC
- 5 CAPS Álcool e Droga Portão
- 6 CAPS Centro Vida
- 7 CAPS Transtorno Mental Bigorrilho
- 8 CAPS Transtorno Mental Boa Vista
- 9 CAPS Transtorno Mental Boqueirão
- 10 CAPS Transtorno Mental Portão
- 11 CAPSi Boa Vista
- 12 CAPSi Pinheirinho

Centro de Especialidades Médicas

Setor público

- 1 CEM Salgado Filho
- 2 CEM Matriz
- 3 CEM Santa Felicidade
- 4 CEM Vila Hauer

Centro de Especialidades Odontológicas

Setor público

- 1 CEO Rosário
- 2 CEO Sylvio Gevaerd
- 3 CEO Positivo

Hospital

Setor Privado (Convênio SUS)

- 1 Santa Madalena Sofia
- 2 Erasto Gaertner
- 3 Evangélico De Curitiba
- 4 Hospital Cajuru
- 5 Cruz Vermelha Brasileira
- 6 Nossa Senhora Das Graças
- 7 Mater Dei
- 8 Hospital Pequeno Príncipe
- 9 Hospital de Olhos do Paraná
- 10 Menino Deus

Setor Público

- 1 Centro Médico Comunitário Bairro Novo
- 2 Clínicas Da Ufpr (Hospital de Clínicas)
- 3 Hospital do Trabalhador
- 4 Victor Ferreira Do Amaral
- 5 Oswaldo Cruz
- 6 Maternidade Bairro Novo

Secretaria Municipal

Setor público

- 1 Secretaria Municipal de Saúde
- 2 Secretaria Municipal de Defesa Social

Secretaria Municipal

Setor público

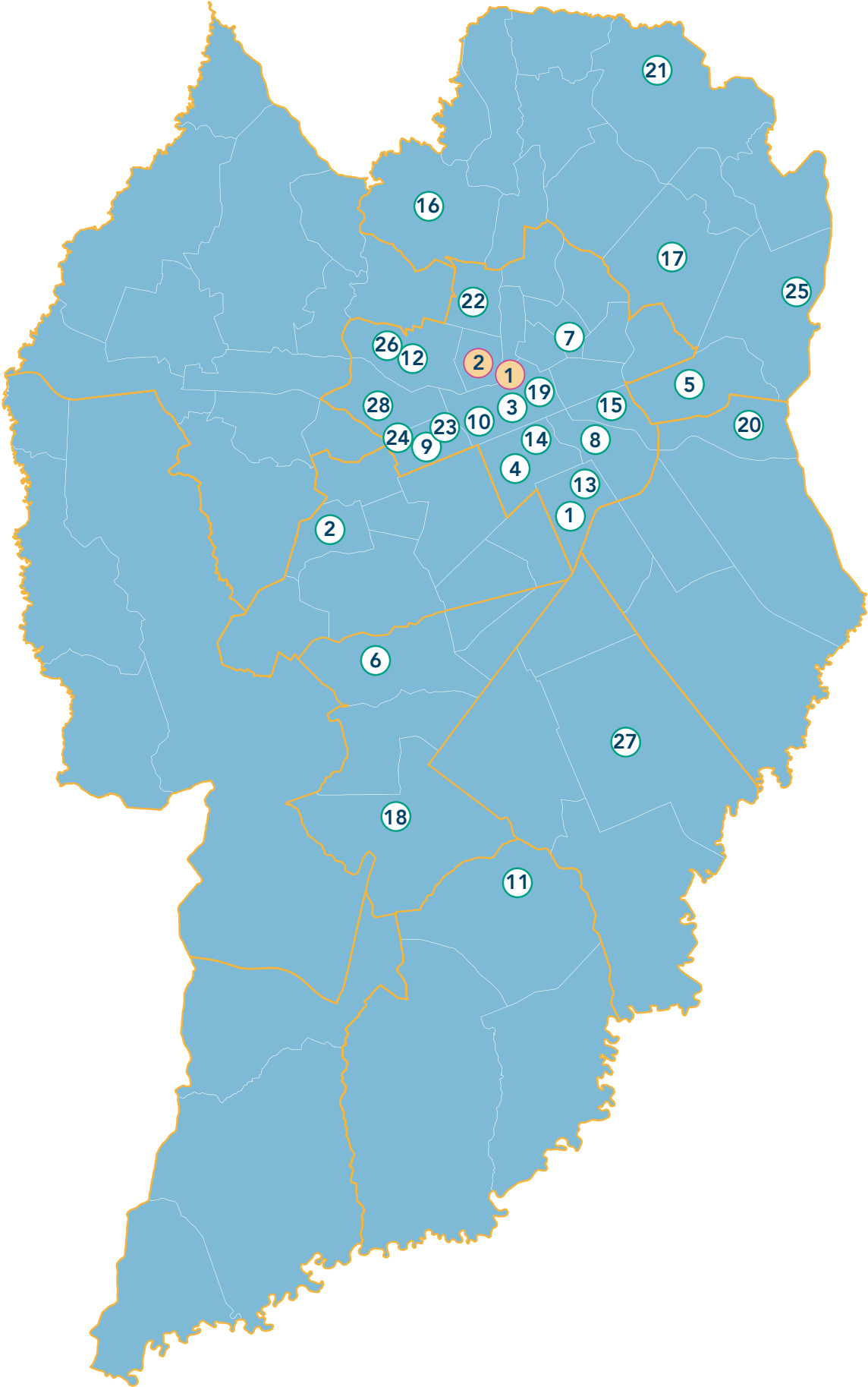
- 1 UPA Sítio Cercado
- 2 UPA Matriz
- 3 UPA Boa Vista
- 4 UPA Boqueirão
- 5 UPA Cajuru
- 6 UPA CIC
- 7 UPA Pinheirinho
- 8 UPA Fazendinha
- 9 UPA Campo Comprido

Outros - Setor público

Central de Vacina

- 1 Central de Vacina
- 2 Centro de Antitóxicos Prevenção e Educação - CAPE

Mapa 2: Mapa da rede de atendimento: entidades de atendimento e conselhos.



Fonte: PAINEL INSTITUTO DE PESQUISAS, 2017.

3. INDICADORES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Começamos o capítulo enfatizando que toda a análise de indicadores referentes a outros temas como população, infraestrutura e perfil socioeconômico, se encontra no Volume I deste diagnóstico. Neste volume, será tratado sobre indicadores referentes à vida e à saúde, conforme Capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, sobre o Direito à Vida e à Saúde.

Também chamamos a atenção de que:

Este volume do diagnóstico **não se trata** de uma análise do total de ações realizadas pela **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, e também **não somente** de ações, projetos e programas sob responsabilidade da mesma. Este volume **trata do tema “vida e saúde”** que analisa **temas específicos solicitados em edital** que se relacionam com a política de atenção da criança, do adolescente e do jovem Curitibano.

Até este volume do diagnóstico, as informações eram apresentadas por Regionais Administrativas e seguia as orientações de faixa etária do ECA, o qual determina que crianças são consideradas de 0 a 11 anos, adolescentes de 12 a 17 anos, e em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade⁴.

Neste relatório, especificamente, quando disponibilizado os dados por Bairro estes terão seus indicadores calculados por suas Regionais Administrativas e quando não houver disponibilidade, apresenta-se as informações por Distrito Sanitário, área geográfica utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ou ainda pelas duas configurações de região.

Outra particularidade do relatório são as faixas etárias, as quais determinadas no ECA não convergem com as utilizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS que caracteriza os *limites cronológicos* para adolescentes entre 10 e 19 anos e jovens a partir de 20 a 24 anos (EISENSTEIN, 2005).

Em relação à determinação das faixas etárias que serão estudadas, a Professora-Doutora EISENSTEIN (2005) ainda comenta:

“É importante enfatizar que, devido às características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais, que ocorrem nesta época, e denominados de *assincronia de maturação*, a idade cronológica, apesar de ser o quesito mais usado, muitas vezes, não é o melhor critério descritivo para estudos clínicos, antropológicos e comunitários ou populacionais⁵.”

⁴ Ver Volume I que apresenta as determinações do edital

⁵ Adolescência: definições, conceitos e critérios. Evelyn Eisenstein – Professora-doutora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), Centro de Estudos Integrados da Infância, Adolescência e Saúde (CEIIAS). Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167

Sendo assim, o relatório adotará as duas faixas etárias para que possamos atender as duas determinações, OMS e o ECA, entendendo as particularidades impostas por cada um.

Sobre os indicadores, estes seguiram as recomendações metodológicas da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa, criada por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, reunindo instituições representativas dos segmentos técnico-científicos⁶ diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse para a saúde no país. Seu propósito é subsidiar, com informações relevantes, os processos de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de importância estratégica para o sistema de saúde brasileiro. A Rede pressupõe compromissos de parceria permanente na produção e uso de dados e informações necessárias para caracterizar o estado de saúde, as respostas do aparelho prestador de serviços e os fatores socioeconômicos que condicionam o quadro sanitário (RIPSa, s/d).

Como produtos dessa ação integrada, foram criados os Indicadores e Dados Básicos da Saúde – IDB, alguns dos quais tiveram sua metodologia utilizada neste diagnóstico, principalmente, as informações da Ficha de Qualificação. Publicação destinada a orientar os usuários, nos aspectos de conceituação, interpretação e usos.

Para cálculo destes indicadores, utilizou-se como total populacional, a contagem do Censo Demográfico do IBGE de 2010. Apesar das estimativas do IBGE (2016) apontarem um crescimento populacional em Curitiba de 7,3% (passou de 1.751.907 em 2010, para 1.879.355 habitantes em 2016), este crescimento não se mostra demasiadamente grande para interferir no cálculo dos indicadores e, o possível erro de estimação populacional por regional e faixa etária poderia ser ainda maior do que o erro utilizando a contagem oficial do IBGE em 2010.

Fazem parte das informações analisadas⁷ no direito à Vida e à Saúde, as seguintes bases de dados de registros em sistemas: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (Rede de Proteção); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Também fizeram parte os registros de informações de equipamentos públicos: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi; Vacinação; Saúde Bucal; Acesso a especialidades médicas. E além destes, informações censitárias e do MDS de pessoas com deficiência (Censo Demográfico IBGE 2010, Censo Escolar 2016 e Benefício da Prestação Continuada à pessoa com Deficiência – BPC) e de dados de atendimento de entidades Sociais de Atendimento à Saúde.

6 Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Ministério da Previdência Social (DATASUS, 2012)

7 Apesar de não especificado no edital, as bases de dados solicitadas na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, passaram pelo processo de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da respectiva secretaria. Para mais informações sobre o processo deve ser entrado em contato com a empresa Painel Instituto de Pesquisas, a qual detém de todo o processo arquivado.

Apesar do sistema de saúde ser dividido em três níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), este diagnóstico vai tratar de temas específicos, que perpassam, em alguns casos, pelos três níveis de atenção.

Os temas que serão tratados neste diagnóstico são: Saúde Bucal; Nutrição; Gestação e Nascimento; Gravidez na Adolescência e na Juventude; Morbidade; Vacinação; Deficiência; Transtornos Mentais; Substâncias Psicoativas; Acesso às Especialidades; Rede de Proteção; Suicídio e Automutilação; Mortalidade; e, Violações do direito à vida e à saúde.

3.1 SAÚDE BUCAL

O início da construção do subsistema público de saúde bucal em Curitiba remonta à década de 1960, quando foram instalados consultórios odontológicos nas escolas municipais, operacionalizando o então chamado Sistema Incremental de Atendimento ao Escolar.

No período 1970-1980, o modelo de atenção em saúde bucal e o processo de trabalho na odontologia pública municipal incorporaram inovações: conhecimentos científicos, avanços de técnicas preventivas, capacitação e titulação de auxiliares de consultórios dentários e técnicos em higiene bucal, incorporação do atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde utilizando clínicas modulares informatizadas e ampliação do uso dos procedimentos coletivos voltados à promoção da saúde.

No início da década de 1990 implantou-se o Programa de Saúde da Família e a saúde bucal se fez presente na equipe. Foram anos marcados pela adoção do modelo de vigilância à saúde e pelo processo de descentralização, com a implantação dos Distritos Sanitários. Em 1995, com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade, a odontologia implantou a triagem e o pronto-atendimento, além de incrementar a atenção programada e as ações coletivas. Em 1997, com o Cárie Zero, intensificaram-se as ações de promoção à saúde mediante a utilização do Ônibus Cárie Zero e a inclusão das pessoas com deficiência.

No início da década de 2000, a odontologia teve como desafio a operacionalização do Sistema Integrado de Serviços de Saúde, que se traduz pela atenção certa, no lugar certo e no tempo certo, com ênfase na organização da atenção primária à saúde. Em resposta, Curitiba lançou o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal, que configurou um avanço na organização do atendimento.

A partir dos anos 2010, houve a implantação da Rede Integrada de Atenção em Saúde Bucal, atendendo compromissos públicos para enfrentamento de um momento caracterizado pela transição demográfica (Censo do IBGE 2010) e transição epidemiológica (SB Brasil 2010). Houve a migração do Prontuário Eletrônico Odontológico para o E-Saúde, que trabalha com os dados em tempo real e permite registros atualizados, o que possibilita gestão eficiente e subsidia o planejamento local. Em 2012 foi lançado as “Diretrizes de Saúde Bucal” centrado nas Redes de Atenção à Saúde, com roteiros da atividade clínica, das ações coletivas e da organização da prática nos diferentes pontos de atenção, constituindo-se em formalização importante para a redefinição do modelo de atenção.

Atualmente, Curitiba conta com atendimento à saúde bucal em todas as UBS, uma rede com 110 unidades, nas quais as equipes de saúde bucal – Cirurgiões Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal, e Auxiliares em Saúde Bucal – realizam ações de Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde Bucal. Além disso, o município tem ainda 3 Centros de Especialidades Odontológicas, para atendimentos referentes à atenção secundária e atendimento em hospitais para a atenção terciária.

Levando em consideração esta rede de atendimento, a SMS disponibilizou os dados relativos à saúde bucal de duas formas, a de atendimentos e a de procedimentos, sabendo que o atendimento pode acontecer uma ou mais vezes para a mesma pessoa e o procedimento pode ocorrer um ou mais por atendimento.

Primeiramente falando dos atendimentos, eles são categorizados em 4 tipos:

- ☑ Pronto Atendimento (PA): Quando o usuário chega à UBS sem estar agendado;
- ☑ Programados: São os usuários previamente agendados;
- ☑ Atividade Externa (AE): São atividades ou ações relacionadas à saúde bucal realizadas nas escolas, CMEIs, outras instituições e domicílios;
- ☑ Emergência: É quando usuários sem agendamento chegam à UBS considerados urgência odontológica e são prontamente atendidos.

A maioria dos atendimentos é feito com agendamento (81,6%), totalizando 235.683 atendimentos odontológicos agendados nas UBS, no ano de 2016. Tanto o PA como as Emergências equivalem aproximadamente 8%, do total de atendimento. As menos representativas são as AE representando apenas 1,7%.

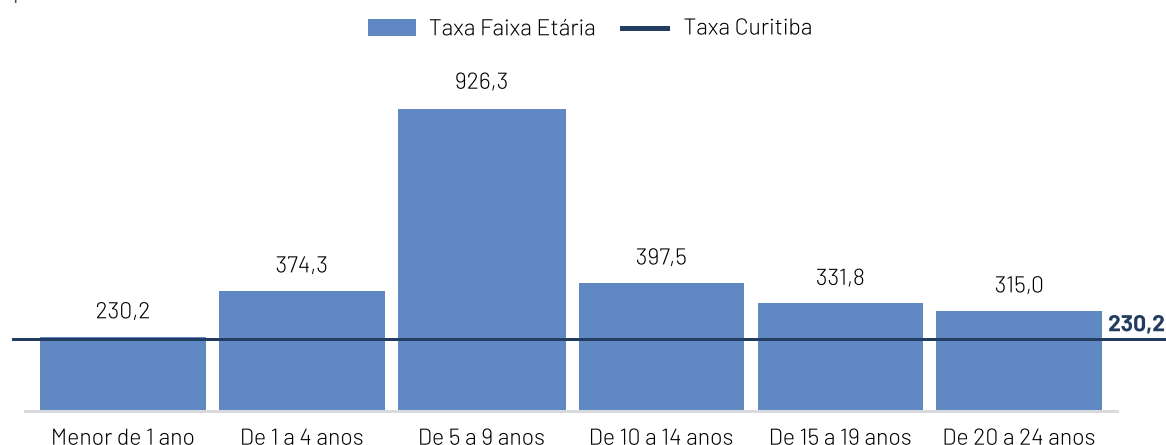
Do total de 288.882 atendimentos, tem-se que, pela população na faixa etária de 0 a 24 anos, Curitiba atende aproximadamente 445,8 pessoas a cada mil. Claro que essa taxa provavelmente é menor, pois um atendimento pode ser realizado várias vezes para a mesma pessoa, porém, observa-se nitidamente a concentração do atendimento na faixa etária de 5 a 9 anos, na qual o total de atendimento é quase que igual ao total da população na faixa etária.

Tabela 3.1.1: atendimentos odontológicos realizados em Curitiba no ano de 2016 na saúde pública por faixa etária

Faixa etária (OMS)	Quant.	(%)	População	Taxa
Menor de 1 ano	5.119	1,77%	22.241	230,2
De 1 a 4 anos	32.070	11,10%	85.678	374,3
De 5 a 9 anos	103.785	35,93%	112.048	926,3
De 10 a 14 anos	51.672	17,89%	129.993	397,5
De 15 a 19 anos	46.295	16,03%	139.512	331,8
De 20 a 24 anos	49.941	17,29%	158.554	315,0
Total	288.882	100,00%	648.026	445,8

Fonte: SMS, 2016

*Taxa por mil habitantes da mesma faixa etária



O fato dos dados passados pela SMS serem tratados por atendimentos impossibilitou ver o acesso à saúde bucal em Curitiba por pessoa, porém observando os atendimentos por Distrito Sanitário⁸, temos na tabela 3.1.2 nitidamente um comportamento diferenciado no Distrito Matriz, na qual ele está (proporcionalmente), abaixo dos outros distritos no total de atendimento até a faixa etária que termina aos 14 anos, e após esta idade, o atendimento de 15 a 24 anos se sobressai, ou seja, nas idades menores (de 0 a 14 anos). Lembrando que a análise está sendo feita em cima do total de atendimentos de cada distrito, não levando em consideração a população total de cada Distrito Sanitário.

Tabela 3.1.2: Representatividade das faixas etárias no total de atendimento por distrito sanitário em 2016

Distrito Sanitário	Menor de 1 ano		De 1 a 4 anos		De 5 a 9 anos		De 10 a 14 anos		De 15 a 19 anos		De 20 a 24 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1 Bairro Novo	923	2,5%	4.774	13,0%	12.365	33,8%	6.441	17,6%	6.038	16,5%	6.071	16,6%	36.612	100,0%
2 Boa Vista	349	0,9%	4.034	10,9%	13.638	36,8%	6.417	17,3%	5.942	16,0%	6.716	18,1%	37.096	100,0%
3 Boqueirão	397	1,2%	3.146	9,8%	12.825	40,0%	5.778	18,0%	4.717	14,7%	5.184	16,2%	32.047	100,0%
4 Cajuru	564	1,5%	4.141	11,0%	14.160	37,8%	6.599	17,6%	5.708	15,2%	6.329	16,9%	37.501	100,0%
5 CIC	1.264	2,8%	5.594	12,3%	16.034	35,2%	8.477	18,6%	6.801	14,9%	7.376	16,2%	45.546	100,0%
6 Portão	364	1,8%	2.416	12,2%	6.588	33,1%	3.750	18,9%	3.314	16,7%	3.446	17,3%	19.878	100,0%
7 Matriz	73	1,0%	547	7,7%	1.601	22,5%	1.254	17,6%	1.496	21,0%	2.139	30,1%	7.110	100,0%
8 Pinheirinho	306	1,2%	2.406	9,5%	9.562	37,8%	4.419	17,5%	4.054	16,0%	4.517	17,9%	25.264	100,0%
9 Santa Felicidade	360	1,8%	2.202	11,2%	7.351	37,2%	3.444	17,4%	3.191	16,2%	3.192	16,2%	19.740	100,0%
10 Tatuquara	519	1,8%	2.810	10,0%	9.661	34,4%	5.093	18,1%	5.034	17,9%	4.971	17,7%	28.088	100,0%
Total	5.119	1,8%	32.070	11,1%	103.785	35,9%	51.672	17,9%	46.295	16,0%	49.941	17,3%	288.882	100,0%

Fonte: SMS, 2016

⁸ Os dados de atendimento odontológicos foram disponibilizados em nível de Distrito Sanitário, por este motivo não foi possível observar os indicadores nem por Regional Administrativa e nem por Bairro.

Observando os mesmos dados, agora pelo total de população de cada distrito sanitário, temos que no distrito Matriz é onde se tem o menor número de atendimentos, ou seja, aproximadamente 0,1 atendimentos por pessoa de 0 a 24 anos. O Distrito com maior número é o Tatuquara, 0,7 atendimentos por pessoa. E as maiores médias de atendimento estão na faixa etária de 5 a 9 anos, no qual Curitiba apresenta na média total 0,9 atendimentos por pessoa de 5 a 9 anos, ou seja, quase um atendimento odontológico por pessoa da faixa etária no ano.

Tabela 3.1.3: Número médio de atendimentos em relação à população total do distrito Sanitário, por Faixa etária em 2016

	Distrito Sanitário	Menor de 1 ano			De 1 a 4 anos			De 5 a 9 anos			De 10 a 14 anos			De 15 a 19 anos			De 20 a 24 anos			Total		
		Qtd.	Pop.	Med	Qtd.	Pop.	Med	Quant.	Pop.	Med	Quant.	Pop.	Med	Quant.	Pop.	Med	Quant.	Pop.	Med	Quant.	Pop.	Med
1	Bairro Novo	923	2.229	0,4	4.774	8.527	0,6	12.365	11.574	1,1	6.441	13.224	0,5	6.038	13.377	0,5	6.071	13.556	0,4	36.612	62.486	0,6
2	Boa Vista	349	3.006	0,1	4.034	11.861	0,3	13.638	15.560	0,9	6.417	18.246	0,4	5.942	19.178	0,3	6.716	22.101	0,3	37.096	89.952	0,4
3	Boqueirão	397	2.623	0,2	3.146	10.315	0,3	12.825	13.772	0,9	5.778	15.783	0,4	4.717	16.666	0,3	5.184	17.737	0,3	32.047	76.895	0,4
4	Cajuru	564	2.831	0,2	4.141	11.213	0,4	14.160	14.575	1,0	6.599	17.108	0,4	5.708	17.852	0,3	6.329	19.343	0,3	37.501	82.923	0,5
5	CIC	1.264	2.733	0,5	5.594	10.454	0,5	16.034	14.084	1,1	8.477	16.493	0,5	6.801	16.465	0,4	7.376	17.305	0,4	45.546	77.533	0,6
6	Portão	364	1.878	0,2	2.416	7.087	0,3	6.588	8.819	0,7	3.750	10.084	0,4	3.314	11.646	0,3	3.446	14.396	0,2	19.878	53.911	0,4
7	Matriz	73	1.489	0,0	547	5.295	0,1	1.601	6.328	0,3	1.254	7.322	0,2	1.496	11.707	0,1	2.139	18.723	0,1	7.110	50.865	0,1
8	Pinheirinho	306	1.959	0,2	2.406	7.436	0,3	9.562	9.484	1,0	4.419	11.264	0,4	4.054	12.085	0,3	4.517	13.736	0,3	25.264	55.965	0,5
9	Santa Felicidade	360	1.933	0,2	2.202	7.688	0,3	7.351	10.011	0,7	3.444	11.262	0,3	3.191	12.245	0,3	3.192	14.153	0,2	19.740	57.293	0,3
10	Tatuquara	519	1.560	0,3	2.810	5.808	0,5	9.661	7.849	1,2	5.093	9.215	0,6	5.034	8.309	0,6	4.971	7.549	0,7	28.088	40.290	0,7
	Total	5.119	22.242	0,2	32.070	85.685	0,4	103.785	112.056	0,9	51.672	130.000	0,4	46.295	139.529	0,3	49.941	158.599	0,3	288.882	648.112	0,4

Fonte: SMS, 2016
 Nota: O cálculo foi realizado dividindo total de atendimento pelo total populacional do distrito sanitário na faixa etária específica, dando um número aproximado de atendimentos por indivíduo da população, lembrando que uma pessoa pode ter mais de um atendimento.

Os procedimentos realizados somaram um total de 387.437, em média 1,3 procedimentos por atendimento. Os principais procedimentos realizados independentemente da faixa etária são: Restauração (21,3%); Evidenciação de placa bacteriana (20,4%); Raspagem, alisamento e polimento (17,8%); e, aplicação de tópica de flúor (17,6%).

Para as faixas etárias mais novas os procedimentos realizados se diferenciam dos procedimentos das faixas etárias maiores. A seguir o quadro mostra os procedimentos para cada faixa etária:

MENOR DE 1 ANO	DE 1 A 4 ANOS	DE 5 A 9 ANOS
- Evidenciação de placa bacteriana (31,4%) - Atendimento de urgência (22,9%) - Visita domiciliar (22,9%)	- Evidenciação de placa bacteriana (31,2%) - Aplicação de tópica de flúor (27,1%)	- Restauração (29,4%) - Evidenciação de placa bacteriana (20,7%) - Aplicação de tópica de flúor (18,5%)

DE 10 A 14 ANOS	DE 15 A 19 ANOS	DE 20 A 24 ANOS
• Restauração (17,7%) • Evidenciação de placa bacteriana (21,1%) • Raspagem, alisamento e polimento (16,9%) • Aplicação de tópica de fluor (19,0%)	• Restauração (18,6%) • Evidenciação de placa bacteriana (18,5%) • Raspagem, alisamento e polimento (27,6%) • Aplicação de tópica de fluor (15,9%)	• Restauração (19,0%) • Evidenciação de placa bacteriana (17,1%) • Raspagem, alisamento e polimento (29,0%) • Aplicação de tópica de fluor (13,0%)

Fonte: SMS (Procedimentos por faixa etária), 2016.

Nota: para cálculo foram considerados todos os procedimentos realizados nos atendimentos programados, de emergência, no pronto atendimento e nas atividades externas.

3.2 NUTRIÇÃO

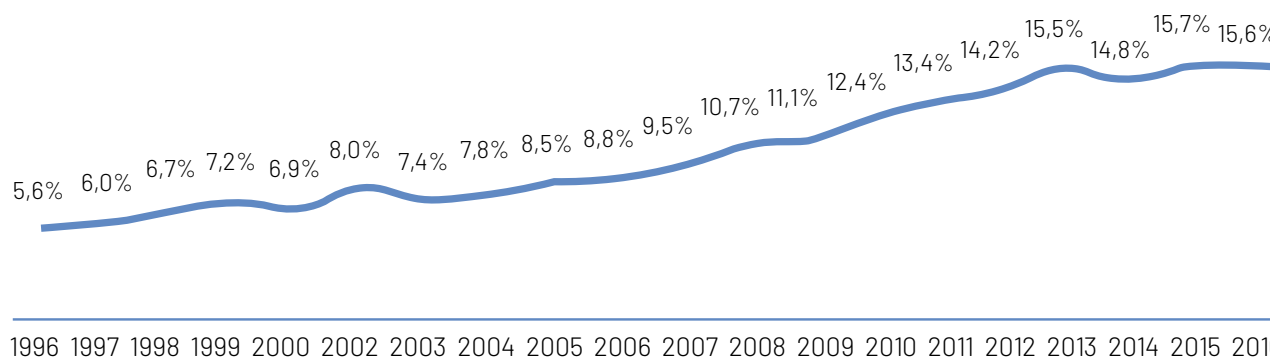
O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), implantado nas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba em 1991, corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam.

O sistema a nível nacional apresenta a possibilidade de registro de informações para monitoramento do estado nutricional da população atendida por demanda espontânea nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na atenção primária (DATASUS).

Em Curitiba o SISVAN tomou uma relevância ainda maior, sendo feita uma parceria da Secretaria Municipal de Educação (SME) com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), que juntas implantaram o SISVAN – Escolar desde 1996, com a elaboração de perfis anuais da situação nutricional dos escolares da rede municipal de ensino de Curitiba. Os dados antropométricos são coletados pelas equipes de Educação Física de cada escola e digitados localmente, logo após, transferidos à SMS (SME, 2017).

A análise do perfil nutricional em 2017, conta com dados de 182 Escolas Municipais e apresenta uma taxa de obesidade de 15,4%, ligeiramente abaixo das taxas de 2016 e 2015 (15,6% e 15,7%, respectivamente), e muito próxima da taxa de 2013, 15,5%. Pode-se afirmar que Curitiba entrou em uma estabilização da tendência crescente das taxas de obesidades desta série histórica de 1996 que apresentou uma taxa de 5,6%, que veio crescendo ano a ano, atingindo 15,5% em 2013. Desde então, CONFORME DADOS ACIMA, a taxa permanece na casa dos 15% nos últimos 5 anos.

Série histórica da obesidade em escolares* da Rede Municipal de Ensino



Fonte: SISVAN/SME/SMS, 2017

*Escolares, são os alunos matriculados na Rede Municipal de Ensino de Curitiba.

A SMS organizou-se de modo a atender a maior parte das demandas relacionadas ao excesso de peso nas próprias UBS, envolvendo toda a equipe e tendo como profissionais de referência os nutricionistas e profissionais de educação física dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹.

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO) foi instituída na SMS, por meio de pactos assistenciais e de gestores entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os atores envolvidos no nível primário, secundário e terciário de saúde, pactuaram entre 2014 e 2015, desenvolver ações de acordo com as portarias, 424 e 425 GM/MS, ambas de 19 de março de 2013, de modo a garantir o cuidado harmônico e integral dentro da RAS.

O nutricionista e o profissional de educação física assumem funções diferenciadas na LCSO, realizando a regulação do acesso à atenção especializada e o monitoramento dos indicadores respectivamente. Os outros profissionais dos NASF, como psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, pediatras, entre outros, também estão envolvidos nas ações.

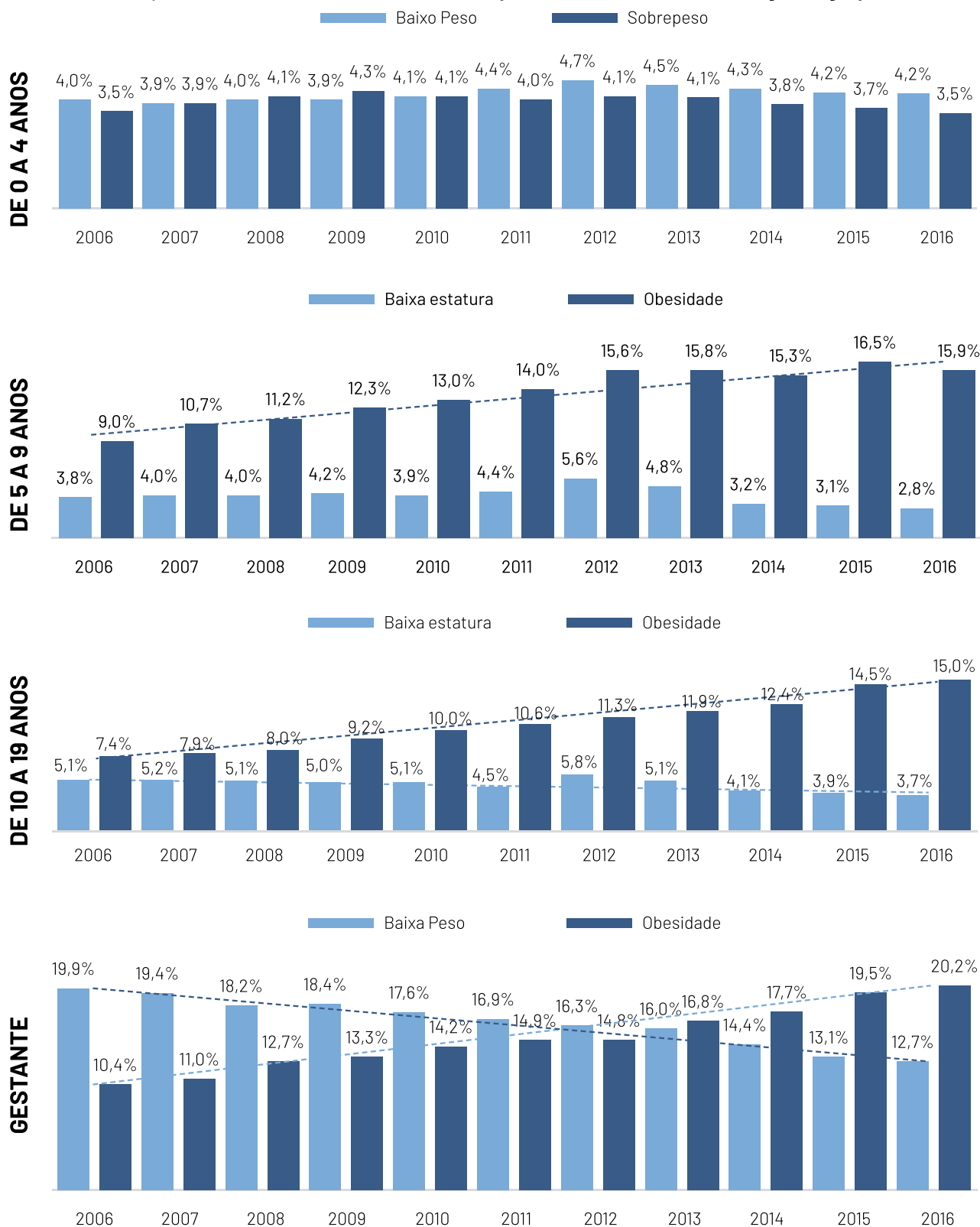
Na Atenção Primária à Saúde (APS), a organização das ações iniciou a partir de junho de 2015 e, atualmente a SMS está em fase de reorganização da LCSO, baseada em avaliação de indicadores e do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, tanto na APS, como nos demais pontos de atenção.

A SMS já desenvolvia e, consequentemente com a organização da LCSO, fortaleceu as ações de promoção da prática da alimentação saudável e atividade física. Os profissionais buscam utilizar tecnologias de autocuidado apoiado, com abordagem motivacional, para adoção e/ou sustentação de comportamentos saudáveis.

⁹ São equipes multiprofissionais, compostas por pessoas que exercem diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes das UBS. A SMS de Curitiba possui 30 equipes de NASF, compostas por: farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, fonoaudiólogo e médico (pediatra, ginecologista, psiquiatra, clínico com enfoque na infectologia e clínico com enfoque ao idoso). Com exceção do clínico com enfoque na atenção ao idoso, todos os demais desenvolvem ações voltadas à saúde das crianças, adolescentes e jovens.

Os resultados de todo o acompanhamento nutricional realizado são observados nos números. As séries históricas dos dados coletados nas UBS mostram a tendência de redução dos indicadores de déficit nutricional no decorrer dos anos e aumento dos indicadores de excesso de peso, mas com tendência de estabilidade, nos últimos anos em menores de 10 anos, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Evolução do déficit nutricional e excesso de peso em usuários das UBS, segundo grupo etário.



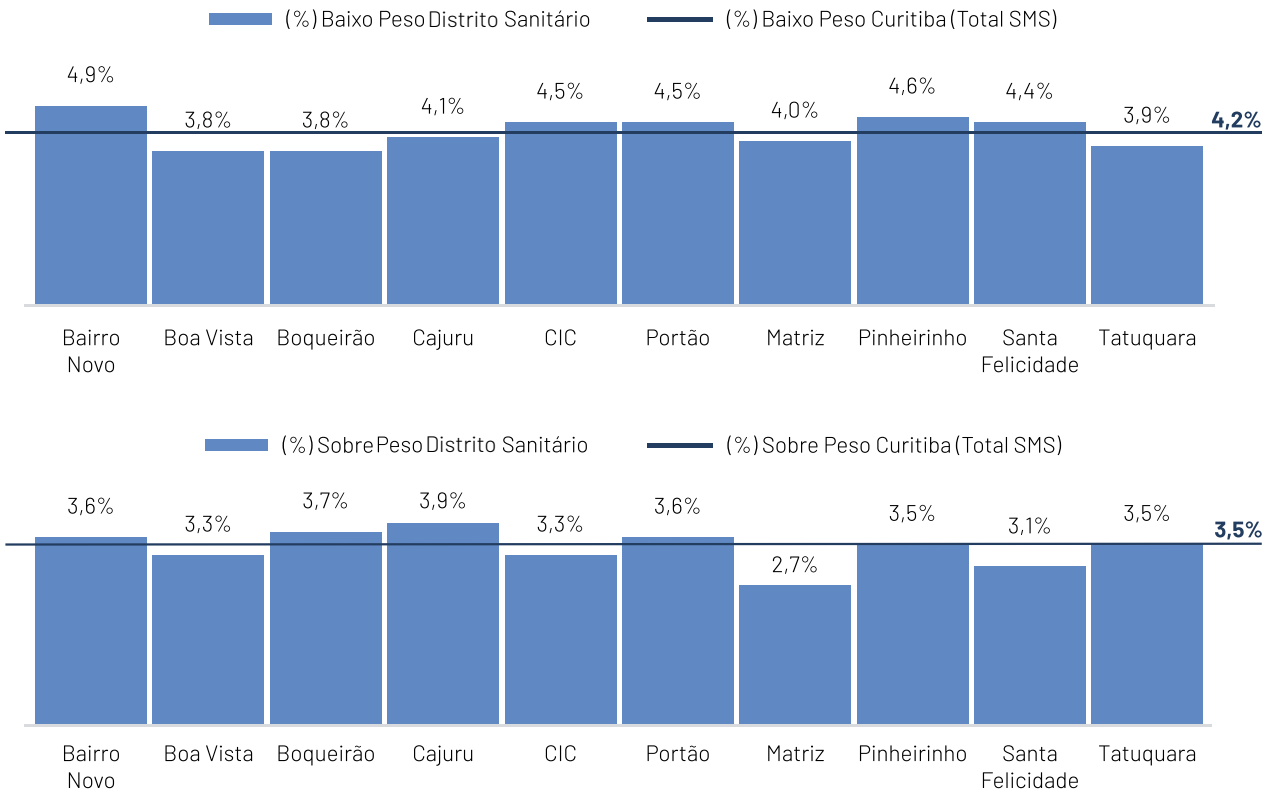
Fonte: SISVAN/SMS, 2016

Analisando apenas os dados de 2016 por Distrito Sanitário (DS), na faixa etária de 0 a 4 anos, o DS Matriz é a que possui o menor percentual de sobrepeso, 2,7% das avaliações. O DS com o maior percentual é o do Cajuru com 3,9%. O baixo peso, que nesta faixa etária também pode indicar desnutrição, tem o DS Bairro Novo com 4,9% das avaliações da faixa etária de 0 a 4 anos, e os DS com os menores percentuais são Boa Vista e Boqueirão, com 3,8%.

Tabela 3.2.1: Situação nutricional das crianças de 0 a 4 anos usuárias das UBS, por Distritos Sanitários

Distrito Sanitário		Baixo peso		Sobrepeso		Total de avaliações
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	
1	Bairro Novo	665	4,9%	489	3,6%	13.605
2	Boa Vista	743	3,8%	650	3,3%	19.682
3	Boqueirão	743	3,8%	725	3,7%	19.703
4	Cajuru	860	4,1%	806	3,9%	20.871
5	CIC	979	4,5%	707	3,3%	21.642
6	Portão	455	4,5%	368	3,6%	10.198
7	Matriz	168	4,0%	114	2,7%	4.223
8	Pinheirinho	533	4,6%	407	3,5%	11.625
9	Santa Felicidade	458	4,4%	317	3,1%	10.298
10	Tatuquara	731	3,9%	661	3,5%	18.949
Total		6.335	4,2%	5.244	3,5%	150.796

Fonte: SISVAN/SMS, 2016



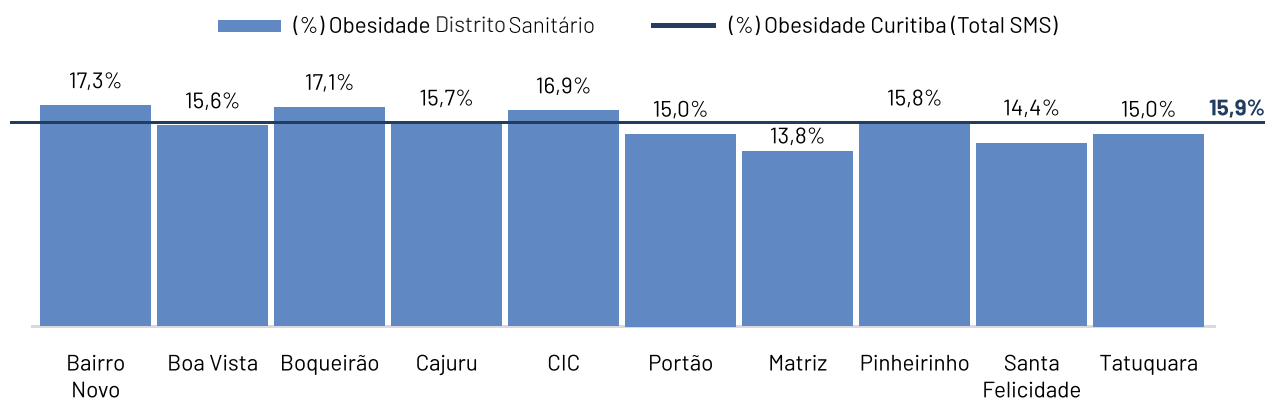
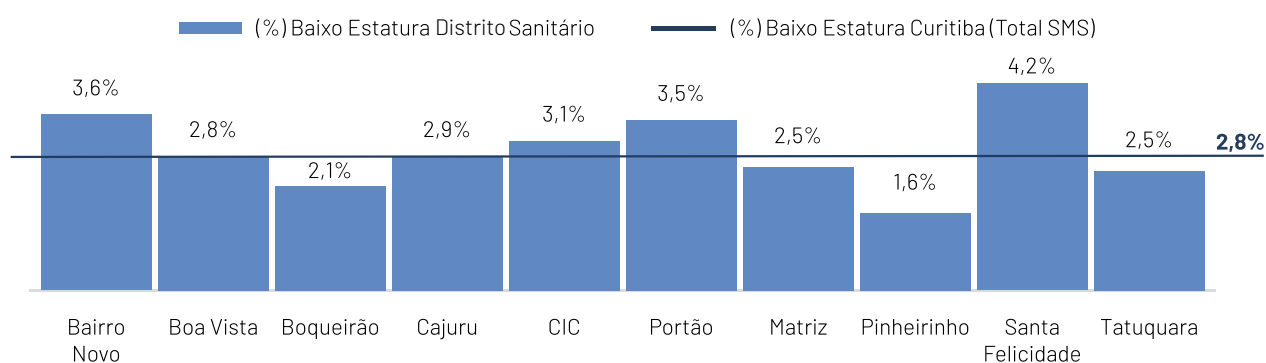
Na faixa etária de 5 a 9 anos, a baixa estatura tem o maior percentual no DS Santa Felicidade (4,2%) e a obesidade, nesta mesma faixa etária, é mais elevada nos DS Bairro Novo e do Boqueirão com mais 17%.

Tabela 3.2.2: Situação nutricional das crianças de 5 a 9 anos, usuárias das UBS, por Distrito Sanitário

Distrito Sanitário		Baixa estatura			Obesidade		
		Quant.	Total de avaliações	(%) Baixa estatura	Quant.	Total de avaliações	(%) Obesidade
1	Bairro Novo	92	2.525	3,6%	435	2.510	17,3%
2	Boa Vista	157	5.596	2,8%	866	5.567	15,6%
3	Boqueirão	135	6.336	2,1%	1.077	6.309	17,1%
4	Cajuru	147	5.104	2,9%	798	5.083	15,7%
5	CIC	132	4.288	3,1%	722	4.262	16,9%
6	Portão	89	2.542	3,5%	380	2.536	15,0%
7	Matriz	30	1.181	2,5%	162	1.174	13,8%
8	Pinheirinho	47	2.969	1,6%	466	2.942	15,8%
9	Santa Felicidade	114	2.692	4,2%	386	2.677	14,4%
10	Tatuquara	89	3.623	2,5%	540	3.601	15,0%
Total		1.032	36.856	2,8%	5.832	36.661	15,9%

Fonte: SISVAN/SMS, 2016

Nota: Os totais são diferentes nas avaliações de baixa estatura e de obesidade porque algumas crianças não foram avaliadas nas duas situações.

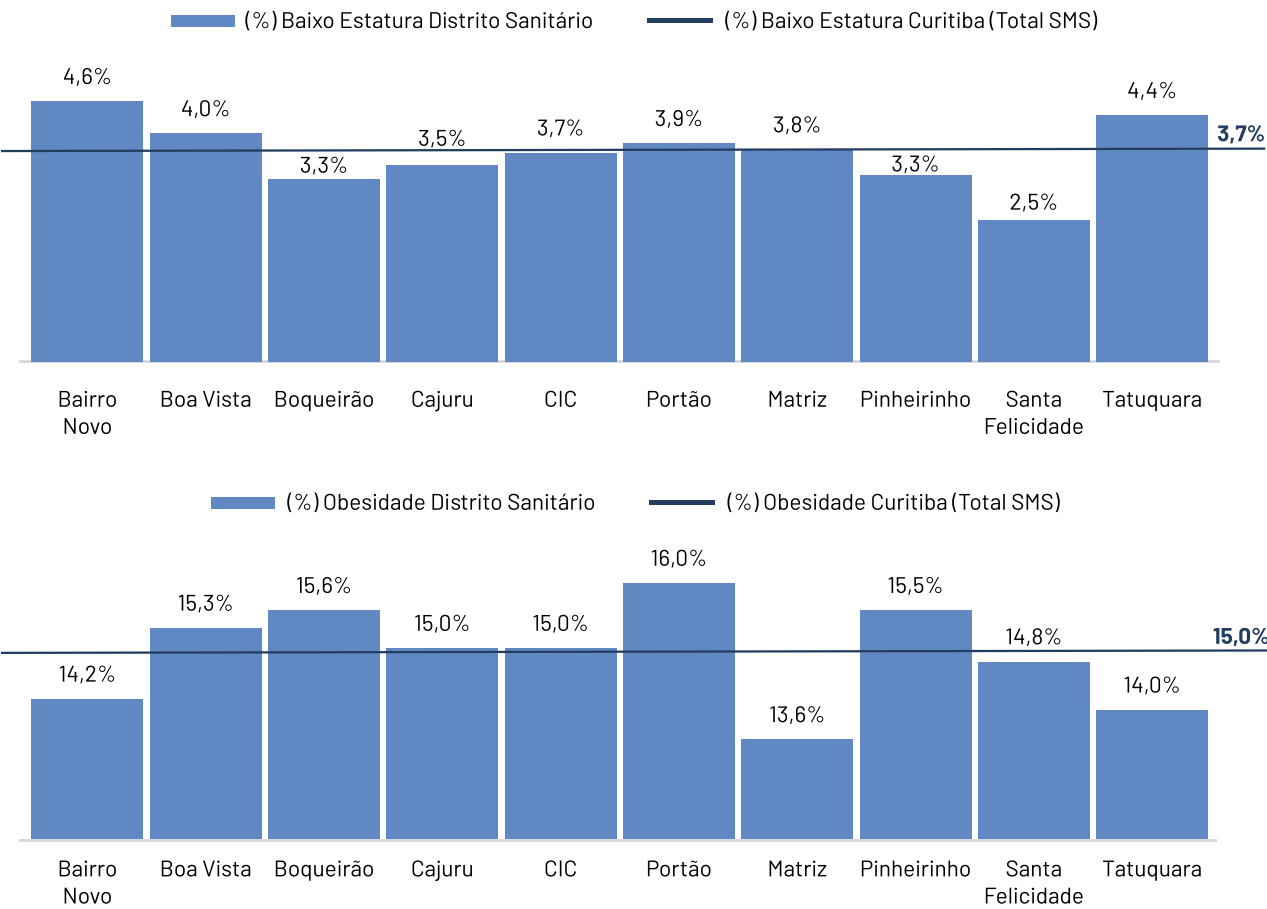


Nas avaliações realizadas na faixa etária de 10 a 19 anos, tem o maior percentual de baixa estatura nos DS Bairro Novo (4,6%) e Tatuquara (4,4%) e de obesidade no DS Portão (16,0%).

Tabela 3.2.3: Situação nutricional dos adolescentes de 10 a 19 anos usuários das UBS, por Distrito Sanitário

Distrito Sanitário		Baixa estatura			Obesidade		
		Quant.	Total de avaliações	(%) Baixa Estatura	Quant.	Total de avaliações	(%) Obesidade
1	Bairro Novo	207	4.498	4,6%	637	4.490	14,2%
2	Boa Vista	286	7.068	4,0%	1.079	7.062	15,3%
3	Boqueirão	219	6.705	3,3%	1.043	6.704	15,6%
4	Cajuru	225	6.460	3,5%	965	6.450	15,0%
5	CIC	286	7.629	3,7%	1.143	7.617	15,0%
6	Portão	135	3.461	3,9%	552	3.457	16,0%
7	Matriz	72	1.919	3,8%	260	1.917	13,6%
8	Pinheirinho	116	3.496	3,3%	543	3.493	15,5%
9	Santa Felicidade	80	3.191	2,5%	471	3.190	14,8%
10	Tatuquara	263	6.025	4,4%	845	6.020	14,0%
Total		1.889	50.452	3,7%	7.538	50.400	15,0%

Fonte: SISVAN/SMS, 2016
Os totais são diferentes nas avaliações de baixa estatura e de obesidade porque alguns adolescentes e jovens não foram avaliados nas duas situações.

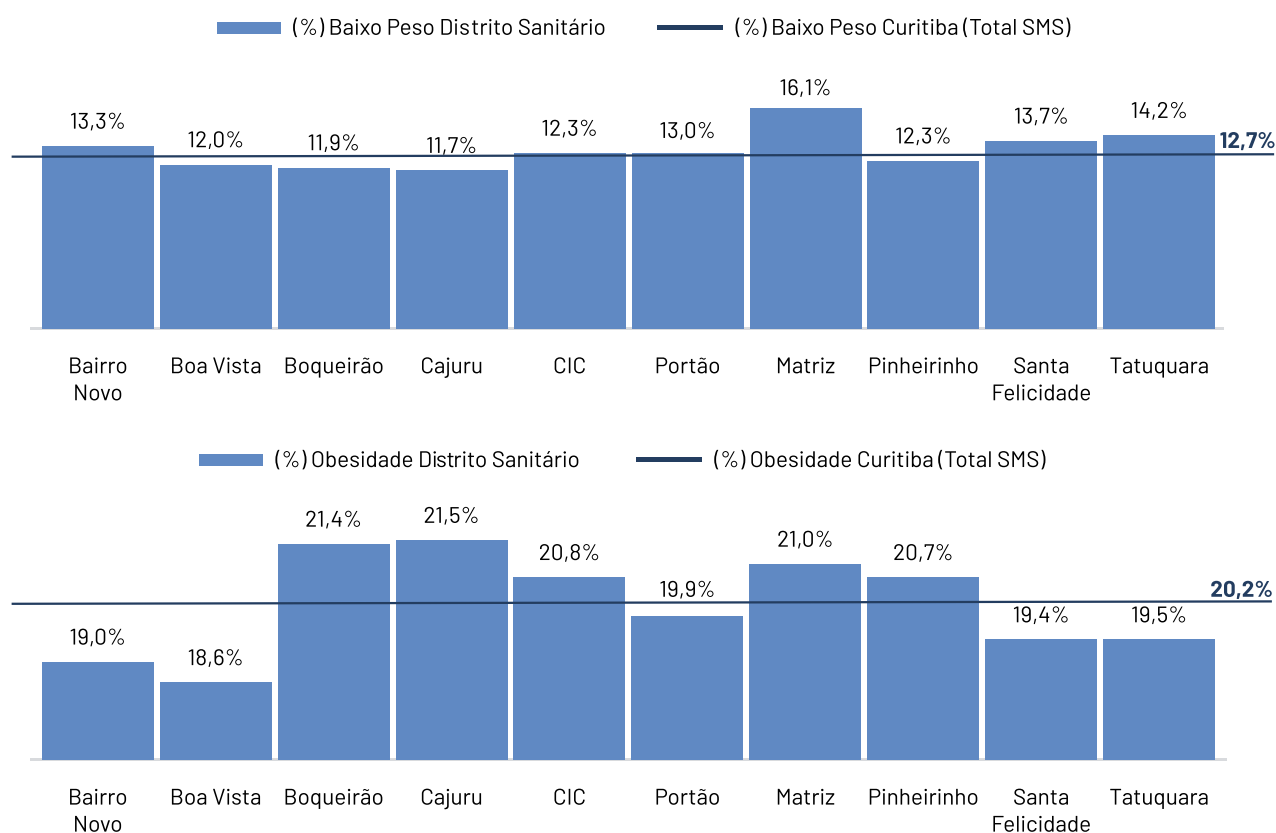


Sobre as avaliações realizadas em gestantes, o maior percentual de baixo peso está no DS Matriz com 16,1% e de obesidade nos DS Boqueirão, Boa Vista e Matriz, as três alcançando mais de 21% de obesidade nas avaliações realizadas.

Tabela 3.2.4: Situação nutricional das gestantes avaliadas por Distrito Sanitário

	Distrito Sanitário	Total de avaliações	Baixo peso		Obesidade	
			Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	Bairro Novo	5.715	758	13,3%	1.087	19,0%
2	Boa Vista	6.417	771	12,0%	1.192	18,6%
3	Boqueirão	5.440	646	11,9%	1.166	21,4%
4	Cajuru	7.662	893	11,7%	1.648	21,5%
5	CIC	7.698	948	12,3%	1.599	20,8%
6	Portão	3.349	436	13,0%	668	19,9%
7	Matriz	1.467	236	16,1%	308	21,0%
8	Pinheirinho	3.867	474	12,3%	801	20,7%
9	Santa Felicidade	3.051	419	13,7%	593	19,4%
10	Tatuquara	6.428	911	14,2%	1.251	19,5%
Total		51.094	6.492	12,7%	10.313	20,2%

Fonte: SISVAN/SMS, 2016.



Das ações intersetoriais, que são de extrema importância para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade, destaca-se em particular, as atividades desenvolvidas pelas Secretarias da Saúde (SMS), do Abastecimento (SMAB), da Educação (SME), do Esporte Lazer e Juventude (SMELJ), entre outras, que se complementam e vem de encontro a esse objetivo. Além disso, existem parcerias com Cursos de Nutrição do município, em que crianças e adolescentes com obesidade, usuários das UBS, são encaminhados para atendimento nas clínicas de Nutrição. Outros cursos, como Psicologia e Educação Física, também são envolvidos nessas atividades.

A Rede Municipal de Ensino de Curitiba também realiza vários projetos que fomentam a educação alimentar. A seguir são listadas as principais ações e projetos de educação alimentar e nutricional, desenvolvidos com interface no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE¹⁰.

Quadro 2: Projetos da Secretaria Municipal de Educação, voltados à educação alimentar e nutricional

NOME DO PROJETO	DESCRIÇÃO	TOTAL DE PARTICIPANTES
Projeto Saladômetro	Prevê um conjunto de ações que maximizem o consumo e aceitação de vegetais no almoço das UEs e CEIs curitibanas, bem como tornem a refeição um momento agradável, e principalmente, saudável a todos os alunos. Promove conscientização e envolvimento de toda a comunidade escolar quanto à alimentação saudável e consumo sustentável.	32 professores
Curso Ciências e Tecnologias na Alimentação	O processo de industrialização tem tornado os alimentos cada vez mais saborosos, práticos e acessíveis. Porém, os consumidores precisam ficar atentos à metodologia utilizada na fabricação e aos ingredientes utilizados, de forma que não estejam prejudicando sua saúde e muito menos os privando de nutrientes essenciais! Pensando nisso, este curso foi desenvolvido para despertar nos professores e seus alunos o interesse pela Ciência e Tecnologia na Alimentação, de forma que conheçam curiosidades sobre a indústria alimentícia e tornem-se mais críticos na seleção dos próprios alimentos.	22 professores
Encontro para Conferentes da Alimentação Escolar nas unidades da Rede Municipal de Ensino	Através do Programa Nacional de Alimentação Escolar, são fornecidas aproximadamente, 57 milhões de refeições/ano, para estudantes da Rede Municipal de Ensino, dentre todas as faixas etárias atendidas. Para garantia de um controle de qualidade efetivo, diversas pessoas têm que estar envolvidas, principalmente quando essa alimentação é recebida na unidade. A unidade escolar é corresponsável nesse programa, visto que são eles que estão em contato mais direto com a alimentação e com a clientela. Para se ter um melhor monitoramento na unidade, é importante que os conferentes sejam capacitados por equipe técnica.	180 profissionais
Educação Alimentar na Escola	Participando destas aulas, os profissionais da educação conhecerão melhor o tema Educação Alimentar e Nutricional, e descobrirão formas práticas de incluí-lo no seu cotidiano de trabalho, promovendo qualidade de vida.	272 profissionais
Alimentação Infantil para profissionais dos CMEIs	Deve-se pensar no espaço físico, no tempo destinado às refeições e nas interações desses momentos, para que sejam criados ambientes culturalmente estruturados. Sendo os professores os profissionais mais próximos dessas crianças, é de fundamental importância uma capacitação sobre alimentação infantil, para que estes atuem como incentivadores de bons hábitos alimentares.	107 profissionais

¹⁰ O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) oferece alimentação escolar e ações de educação alimentar e nutricional a estudantes de todas as etapas da educação básica pública. O governo federal repassa, a estados, municípios e escolas federais, valores financeiros de caráter suplementar efetuados em 10 parcelas mensais (de fevereiro a novembro) para a cobertura de 200 dias letivos, conforme o número de matriculados em cada rede de ensino (Disponível em <http://www.fnnde.gov.br/programas/pnae>)

Curso Alimentação Saudável, tão Gostosa Quanto uma Festa	A proposta deste curso é divulgar algumas sugestões práticas de preparo de alimentos saudáveis e saborosos, montando uma festa nutritiva. Deve-se considerar que os tradicionais bolos recheados, refrigerantes, docinhos e frituras serão oferecidos à criança nas tradicionais comemorações que ocorrem fora da escola e do CMEI. Pensando nisso, pode-se “proteger” as unidades educativas destas práticas, através da promoção de alternativas saudáveis para as festividades. Os CMEIs, escolas e CEIs são lugares em que as crianças têm referências de alimentação adequada, e com isto atingem-se também suas famílias.	30 profissionais
Encontro SISVAN ESCOLAR: Apresentação dos Resultados e Discussão	Conhecer e discutir os resultados do SISVAN Escolar faz-se necessário, pois desta forma o profissional de Educação Física receberá um retorno de seu trabalho e entenderá o funcionamento da tabulação dos dados realizada pela SMS. Poderá assim, aprimorar seu trabalho, ou sugerir maneiras de otimizar o processo nos próximos anos. Além disso, o profissional receberá sugestões de como divulgar e trabalhar os dados do SISVAN, visando à promoção da saúde dos alunos da Rede Municipal de Ensino.	85 profissionais
Encontro Pedagógico de Troca de Experiências em Alimentação Saudável	Divulgação dos trabalhos voltados ao tema Alimentação que já estão sendo desenvolvidos nas unidades da Rede Municipal de Educação, incentivando-os a dar continuidade nestes projetos.	120 profissionais
Programa Mama Nenê	Parceria entre SMS e SME de incentivo ao aleitamento materno.	80 profissionais
Cadernos pedagógicos	Cadernos pedagógicos específicos desenvolvidos de forma a subsidiar os profissionais da Rede Municipal de Ensino a trabalhar a Educação Alimentar e Nutricional de maneira transversal.	Sem informação

Fonte: SME, 2016.

Destaca-se o incentivo ao aleitamento¹¹ materno em todas as UBS que são orientadas a desenvolver ações com este foco. As nutricionistas dos NASF, especialmente, são tutoras da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, do Ministério da Saúde. Essa Estratégia tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. As nutricionistas já capacitaram mais de 3.000 profissionais das UBS e estão em fase de retomada das capacitações. A SMS desenvolve o Programa de Aleitamento Materno (PROAMA), que fornece apoio para as UBS e diretamente para gestantes e puérperas, realizando mais de 2.500 atendimentos/ano. A SMS é parceira da SME no desenvolvimento do Programa Mama Nenê, que incentiva a continuidade do aleitamento materno nas crianças matriculadas nos CMEIs ou Centros de Educação Infantil conveniados.

¹¹ Não foram fornecidos dados numéricos pela Secretaria Municipal de Saúde, referentes ao aleitamento materno.

Também ganha destaque, o Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN). Este é um programa que tem por objetivo a promoção da atenção nutricional, bem como os cuidados gerais de saúde para pessoas com necessidades especiais de alimentação, residentes no município de Curitiba, utilizando critérios clínicos para o fornecimento de fórmula industrializada. O público alvo do programa são crianças, menores de 2 anos, com alergia ou intolerância alimentar, usuários de qualquer faixa etária com alimentação via sonda (gastrostomia, jejunostomia, sonda nasogástrica, entre outras) e/ou com desnutrição secundária. Em 2016 foram atendidas 1.826 pessoas. Em dezembro de 2016, 965 pessoas estavam sendo acompanhadas pelo PAN, sendo 427 (44,2%) crianças menores de 10 anos e, 97 (10,1%) adolescentes de 10 a 19 anos.

São várias frentes de trabalho que vem ao encontro do panorama mundial e brasileiro e revelam a obesidade como um novo desafio para a saúde pública, com o agravante de levar a outras doenças, como hipertensão, diabetes e determinados tipos de câncer, igualmente com taxas de prevalência em elevação no país. No Brasil, a evolução do estado nutricional da população é indicativa de importante aumento do excesso de peso, com tendências especialmente preocupantes entre as crianças em idade escolar e adolescentes (IBGE, 2010). Apesar de Curitiba ter mostrado dados estáveis nos últimos anos em relação ao tema, cabe lembrar que as estimativas apontam para 74 milhões de brasileiros, de diferentes grupos etários, apresentam excesso de peso (IBGE, 2011), exigindo ações do poder público na condução de estratégias que modifiquem a atual tendência.

Outro programa intersetorial importante é o Saúde na Escola (PSE)¹². Criado em 2007 pelo governo federal, o PSE surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover qualidade de vida aos estudantes da rede pública de ensino por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

O PSE visa contribuir para o fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades; ampliar as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica; e, apoiar o processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada.

O programa tem como objetivo a integração e articulação intersetorial das redes públicas de ensino, por meio de ações entre o SUS e redes de educação pública. A iniciativa prevê ações para acompanhar as condições de saúde dos estudantes por meio de avaliações (nutricional, oftalmológica, da situação vacinal, da saúde bucal e da saúde auditiva), e da orientação, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar.

¹² O quantitativo total de alunos impactados com o programa foi apresentado no Volume 5, junto com outros projetos desenvolvidos na rede de ensino de Curitiba.

O PSE foi implantado em Curitiba em 2008, porém em 2016 não houve edital por parte do Ministério da Saúde. Independente disso, as ações continuaram a ser realizadas e na adesão de 2017, estão previstas as seguintes ações: combate ao mosquito *Aedes aegypti*; promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; verificação e atualização da situação vacinal; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e, promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Em 2017, as ações foram pactuadas em 27 equipamentos de educação, distribuídos entre rede de ensino municipal (10 Escolas e 10 Centros Municipais de Educação Infantil) e rede de ensino estadual (7 Escolas), com o objetivo de atingir um total de 132.787 educandos.

3.3 GESTAÇÃO E NASCIMENTO

Sobre a gestação e o nascimento procurou-se analisar os indicadores de residentes em Curitiba referentes à natalidade, atendimento pré-natal, baixo peso e outros de forma regionalizada. O banco de dados disponibilizado para o cálculo destes indicadores é o SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) que permite o cálculo do indicador por Regional Administrativa.

Indicador 1: Taxa de Natalidade

Definição: Número de nascidos vivos por mil habitantes da região geográfica.

A taxa de natalidade vem decrescendo no Brasil nos últimos anos. Segundo dados da RIPSA, esta taxa em 2005 era de 17,5 nascidos vivos para cada mil habitantes no Brasil, e em 2015 14,7, uma *redução* de aproximadamente 16%. No Estado do Paraná, essa redução foi menor (9%), pois já apresentava uma taxa de natalidade abaixo da nacional (15,8 nascidos vivos no PR a cada mil habitantes em 2005).

Em Curitiba, estamos trabalhando com os números de 2016, neste caso, nos últimos 10 anos a taxa de natalidade da cidade também reduziu aproximadamente 3% entre 2006 e 2016, 13,8 e 13,3 nascidos vivos para a cada mil habitantes, respectivamente. A tabela 3.3.1 mostra uma grande disparidade entre as regionais, sendo Tatuquara com a maior taxa (21,6) e a Matriz com a menor taxa (9,1).

Essa disparidade entre as regionais mostra a importância de se dispor de indicadores regionalizados que apontem as diferenças nas necessidades sociais, na distribuição e na oferta de serviços de saúde e, de outras áreas que deveriam atendê-las visando à garantia aos direitos sociais estabelecidos legalmente em nosso país. Levando em consideração o exposto na ficha de conceituação do indicador, *“em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população”*, e a sugestão do uso da taxa para *“subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação, de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil”* (RIPSA, 2008), fica evidente a prioridade a ser dada para a regional Tatuquara.

Tabela 3.3.1: Taxa* de Natalidade por Regional e Distrito Sanitário, Curitiba, 2016

A) Por Regional

	Regional	Nascidos Vivos	População Total	Taxa de Natalidade
1	Bairro Novo	2.320	145.433	16,0
2	Boa Vista	3.202	248.698	12,9
3	Boqueirão	2.457	197.346	12,5
4	Cajuru	2.718	215.503	12,6
5	CIC	2.723	184.329	14,8
6	Portão	2.099	179.155	11,7
7	Matriz	1.864	205.722	9,1
8	Pinheirinho	1.995	147.528	13,5
9	Santa Felicidade	1.990	146.234	13,6
10	Tatuquara	1.772	81.959	21,6
	Não informado	75	-	-
	Total 2010	23.215	1.751.907**	13,3

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

TAXA DE NATALIDADE	
Brasil	14,7
Paraná	14,4

Fonte: PNAD/ DATASUS (SINASC), 2015.

B) Por Distrito Sanitário

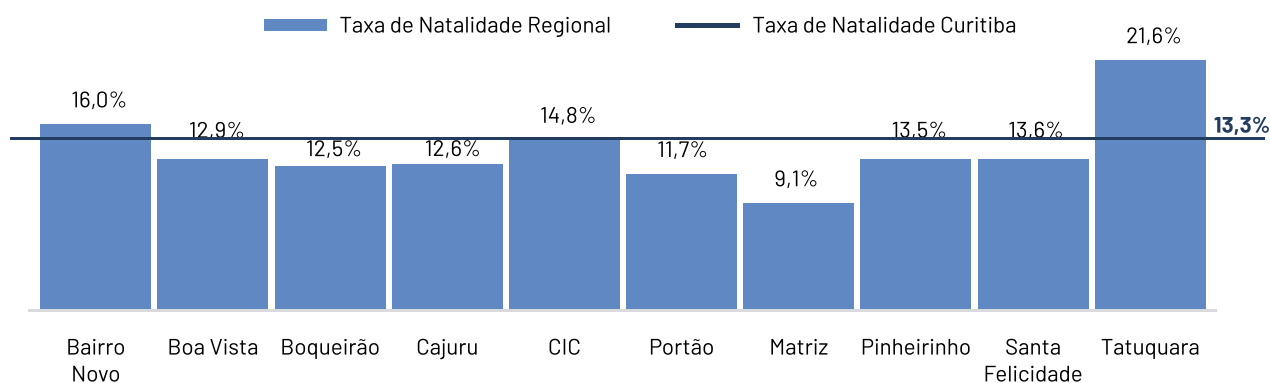
	Distrito Sanitário	Nascidos Vivos	População Total*	Taxa de Natalidade
1	Bairro Novo	2.262	144.199	15,7
2	Boa Vista	3.306	257.506	12,8
3	Boqueirão	2.524	201.894	12,5
4	Cajuru	2.715	216.681	12,5
5	CIC	2.781	184.348	15,1
6	Portão	2.147	163.755	13,1
7	Matriz	1.554	178.913	8,7
8	Pinheirinho	2.038	151.399	13,5
9	Santa Felicidade	2.022	167.840	12,0
10	Tatuquara	1.791	85.372	21,0
	Ignorado	75	-	-
	Total	23.215	1.751.907	13,3

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

*Taxa por mil habitantes

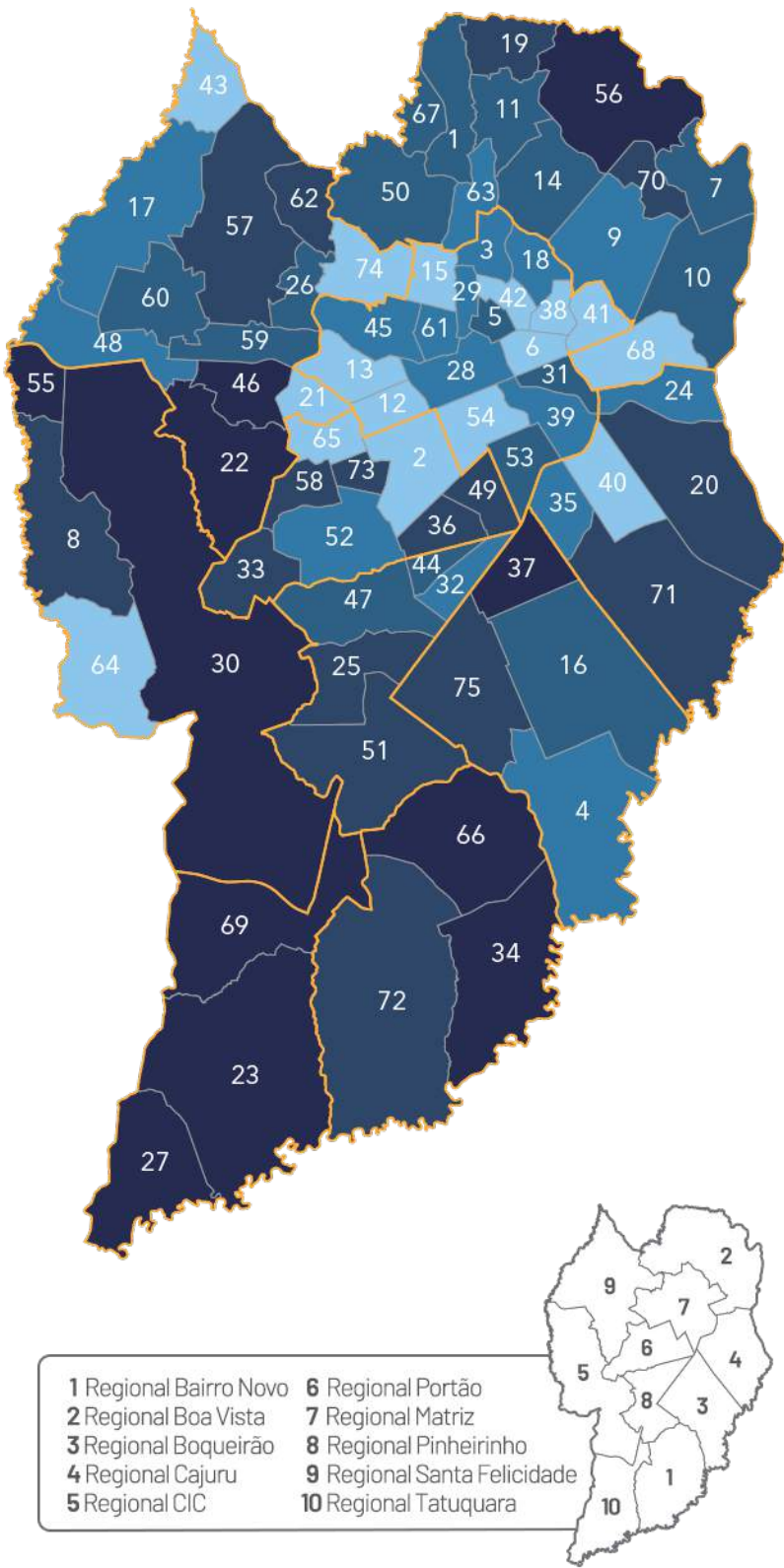
**População dada pelo Censo Demográfico do IBGE 2010 (IBGE, 2010). Se calcularmos a taxa de natalidade de Curitiba pela população estima pelo IBGE em 2016 ela cai para 12,6 nascidos vivos a cada mil habitantes.

Nota: Taxa calculada com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, os quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência.



Representação gráfica dos bairros por Taxa de Natalidade.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas, conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Nascidos Vivos	População Total*	Taxa de Natalidade
Muito alto	27 Caximba	92	2.522	36,5
	34 Ganchinho	260	11.178	23,3
	46 Mossunguê	211	9.664	21,8
	69 Tatuquara	1111	52.279	21,3
	23 Campo de Santana	569	27.158	21,0
	56 Santa Cândida	574	32.808	17,5
	55 Riviera	5	289	17,3
	22 Campo Comprido	481	28.969	16,6
	37 Hauer	218	13.315	16,4
	66 Sítio Cercado	1795	115.525	15,5
Alto	30 CIC	2609	172.669	15,1
	36 Guaira	221	14.904	14,8
	51 Pinheirinho	741	50.401	14,7
	25 Capão Raso	529	36.065	14,7
	58 Santa Quitéria	177	12.075	14,7
	49 Parolin	166	11.554	14,4
	57 Santa Felicidade	451	31.572	14,3
	19 Cachoeira	132	9.314	14,2
	72 Umbará	265	18.730	14,1
	62 São João	46	3.253	14,1
Médio	70 Tingui	172	12.319	14,0
	73 Vila Izabel	162	11.610	14,0
	71 Uberaba	997	72.056	13,8
	33 Fazendinha	383	28.074	13,6
	20 Cajuru	1298	96.200	13,5
	75 Xaxim	756	57.182	13,2
	8 Augusta	86	6.598	13,0
	5 Alto da Glória	72	5.548	13,0
	59 Santo Inácio	84	6.494	12,9
	7 Atuba	205	15.935	12,9
Baixo	60 São Braz	299	23.559	12,7
	53 Prado Velho	77	6.077	12,7
	67 Taboão	43	3.396	12,7
	10 Bairro Alto	578	46.106	12,5
	1 Abranches	165	13.189	12,5
	14 Boa Vista	382	31.052	12,3
	50 Pilarzinho	349	28.480	12,3
	47 Novo Mundo	539	44.063	12,2
	16 Boqueirão	888	73.178	12,1
	26 Cascatinha	26	2.161	12,0
Muito baixo	44 Lindóia	103	8.584	12,0
	11 Barreirinha	214	18.017	11,9
	31 Cristo Rei	159	13.795	11,5
	52 Portão	485	42.662	11,4
	17 Butiatuvinha	145	12.876	11,3
	48 Orleans	90	8.105	11,1
	4 Alto Boqueirão	595	53.671	11,1
	29 Centro Cívico	53	4.783	11,1
	9 Bacacheri	261	23.734	11,0
	45 Mercês	134	12.907	10,4
	61 São Francisco	63	6.130	10,3
	3 Ahú	117	11.506	10,2
	32 Fanny	83	8.415	9,9
	18 Cabral	127	13.060	9,7
	35 Guabirota	108	11.461	9,4
	39 Jardim Botânico	58	6.172	9,4
	24 Capão da Imbuia	192	20.473	9,4
	28 Centro	341	37.283	9,1
	63 São Lourenço	57	6.276	9,1
	38 Hugo Lange	30	3.392	8,8
	74 Vista Alegre	99	11.199	8,8
	2 Água Verde	450	51.425	8,8
	15 Bom Retiro	45	5.156	8,7
	68 Tarumã	70	8.072	8,7
	6 Alto da Rua XV	72	8.531	8,4
	40 Jardim das Américas	123	15.313	8,0
	65 Seminário	55	6.851	8,0
	12 Batel	87	10.878	8,0
	54 Rebouças	118	14.888	7,9
	42 Juvevê	91	11.582	7,9
	21 Campina do Siqueira	52	7.326	7,1
	13 Bigorriho	191	28.336	6,7
	43 Lamenha Pequena	6	1.056	5,7
	41 Jardim Social	29	5.698	5,1
	64 São Miguel	23	4.773	4,8

Indicador 2: Percentual de Nascidos Vivos com Anomalias Congênicas

Definição: Percentual de nascidos vivos com anomalias congênicas por mil nascidos vivos da região geográfica.

Segundo a OMS, a anomalia congênita, ou defeitos congênitos, é definida como toda anomalia funcional ou estrutural no desenvolvimento do feto, decorrente de fatores socioeconômicos, genéticos, infecções, causadas por fatores nutricionais, maternos e ambientais (MENDES, 2015). O dado analisado neste diagnóstico trata das anomalias congênicas do SINASC que são somente as identificadas no momento do nascimento.

No Brasil, a prevalência das anomalias congênicas, identificadas no momento do nascimento é de aproximadamente 0,8%. Se comparado o indicador de 2015 com o de 2006, observa-se um aumento de quase 30%¹³, o que não é percebido em Curitiba, pois mantém em 2016 o indicador que já apresentava em 2006 (0,6%).

Para este indicador a Regional Cajuru apresenta 1,0% dos nascidos vivos com alguma anomalia ou defeito congênito. Como são vários fatores que podem causar anomalias ou defeitos congênitos, sugere-se uma análise mais profunda na Regional para entender o motivo e propor medidas para enfrentar causas controláveis (infecções, fatores nutricionais, etc.).

Tabela 3.3.2: Taxa* de nascidos vivos com anomalias congênicas por Regional e Distrito Sanitário, Curitiba, 2016

A) Por Regional

	Regional	Anomalia Congênita	Nascidos Vivos	(%) Anomalia Regional
1	Bairro Novo	10	2.320	0,4%
2	Boa Vista	17	3.202	0,5%
3	Boqueirão	17	2.457	0,7%
4	Cajuru	28	2.718	1,0%
5	CIC	16	2.723	0,6%
6	Portão	6	2.099	0,3%
7	Matriz	7	1.864	0,4%
8	Pinheirinho	13	1.995	0,7%
9	Santa Felicidade	10	1.990	0,5%
10	Tatuquara	7	1.772	0,4%
	Não informado	4	75	-
	Total	135	23.215	0,6%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM ANOMALIAS OU DEFEITO CONGÊNITO	
Brasil	0,8%
Paraná	0,7%

Fonte: PNAD/ DATASUS (SINASC), 2015.

¹³ Uma das situações de causa de anomalias congênicas está associada ao vírus da Zika, a microcefalia (OMS, 2016), a qual teve um crescimento de notificações no Brasil em 2016. OMS, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/> 30/06/2017

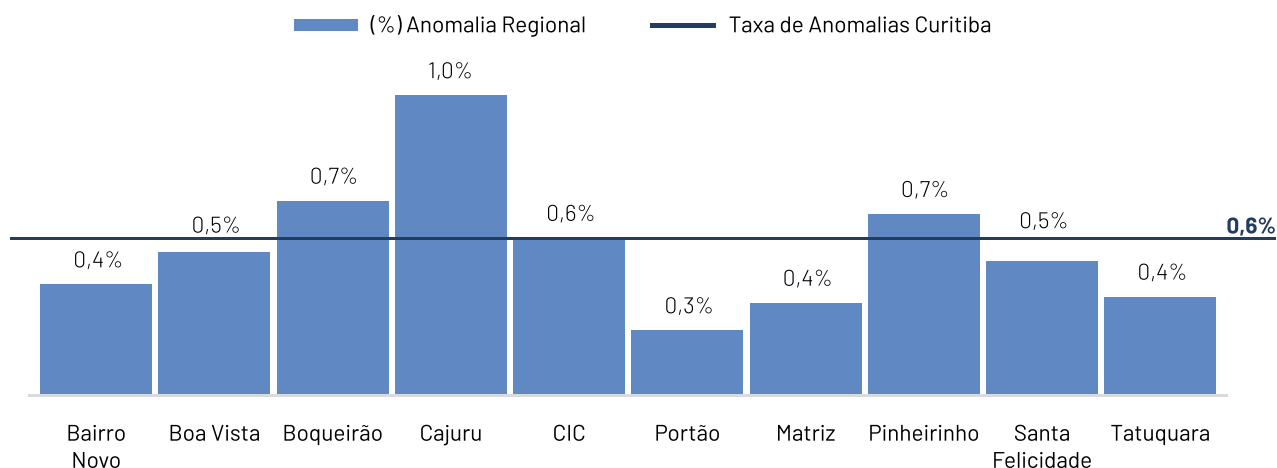
B) Por Distrito Sanitário

	Distrito Sanitário	Anomalia Congênita	Nascidos Vivos	(%) Anomalia Regional
1	Bairro Novo	10	2.262	0,4%
2	Boa Vista	17	3.306	0,5%
3	Boqueirão	17	2.524	0,7%
4	Cajuru	28	2.715	1,0%
5	CIC	14	2.781	0,5%
6	Portão	7	2.147	0,3%
7	Matriz	7	1.554	0,5%
8	Pinheirinho	14	2.038	0,7%
9	Santa Felicidade	10	2.022	0,5%
10	Tatuquara	7	1.791	0,4%
	Não informado	4	75	-
	Total	135	23.215	0,6%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

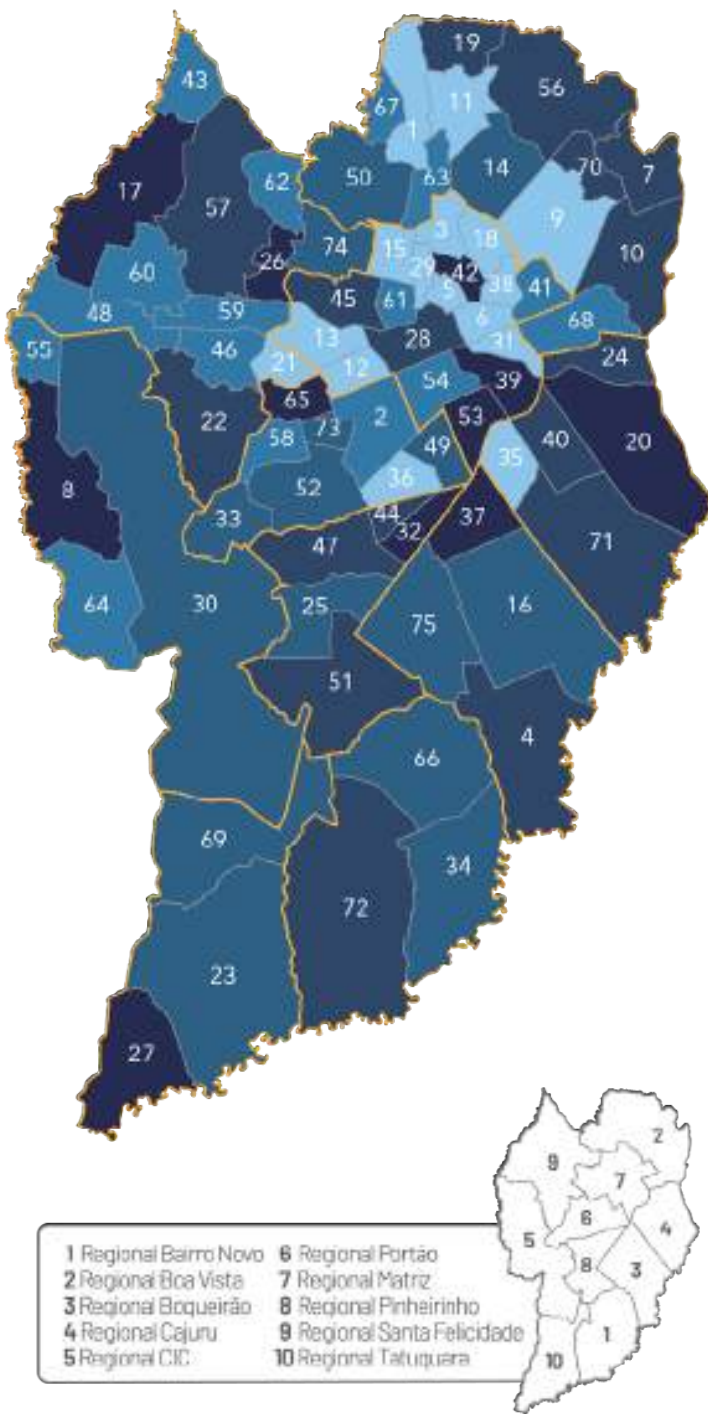
*Taxa por mil habitantes

Nota: Taxa calculada com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, os quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência..



Representação gráfica dos bairros por percentual de Má Formação Congênita.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores percentuais dos com menores percentuais, conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Anomalia Congenita	Nascidos Vivos	(%) Anomalia
Muito alto	26	Cascatinha	1	26	3,8%
	65	Seminário	1	55	1,8%
	39	Jardim Botânico	1	58	1,7%
	17	Butiatuvinha	2	145	1,4%
	37	Hauer	3	218	1,4%
	20	Cajuru	17	1.298	1,3%
	53	Prado Velho	1	77	1,3%
	32	Fanny	1	83	1,2%
	8	Augusta	1	86	1,2%
	42	Juvevê	1	91	1,1%
Alto	27	Caximba	1	92	1,1%
	24	Capão da Imbuia	2	192	1,0%
	4	Alto Boqueirão	6	595	1,0%
	44	Lindóia	1	103	1,0%
	28	Centro	3	341	0,9%
	56	Santa Cândida	5	574	0,9%
	10	Bairro Alto	5	578	0,9%
	7	Atuba	2	205	1,0%
	22	Campo Comprido	4	481	0,8%
	40	Jardim das Américas	1	123	0,8%
Médio	71	Uberaba	8	997	0,8%
	72	Umbará	2	265	0,8%
	45	Mercês	1	134	0,7%
	47	Novo Mundo	4	539	0,7%
	51	Pinheirinho	5	741	0,7%
	57	Santa Felicidade	3	451	0,7%
	19	Cachoeira	1	132	0,8%
	49	Parolin	1	166	0,6%
	30	CIC	15	2.609	0,6%
	50	Pilarzinho	2	349	0,6%
Baixo	75	Xaxim	4	756	0,5%
	14	Boa Vista	2	382	0,5%
	69	Tatuquara	5	1.111	0,5%
	16	Boqueirão	4	888	0,5%
	2	Água Verde	2	450	0,4%
	66	Sítio Cercado	7	1.795	0,4%
	34	Ganchinho	1	260	0,4%
	25	Capão Raso	2	529	0,4%
	33	Fazendinha	1	383	0,3%
	52	Portão	1	485	0,2%
Muito baixo	23	Campo de Santana	1	569	0,2%
	74	Vista Alegre	0	99	0,0%
	73	Vila Izabel	0	162	0,0%
	70	Tingui	0	172	0,0%
	68	Tarumã	0	70	0,0%
	67	Taboão	0	43	0,0%
	64	São Miguel	0	23	0,0%
	63	São Lourenço	0	57	0,0%
	62	São João	0	46	0,0%
	61	São Francisco	0	63	0,0%
	60	São Braz	0	299	0,0%
	59	Santo Inácio	0	84	0,0%
	58	Santa Quitéria	0	177	0,0%
	55	Riviera	0	5	0,0%
	54	Rebouças	0	118	0,0%
	48	Orleans	0	90	0,0%
	46	Mossunguê	0	211	0,0%
	43	Lamenha Pequena	0	6	0,0%
	41	Jardim Social	0	29	0,0%
	38	Hugo Lange	0	30	0,0%
	36	Guaira	0	221	0,0%
	35	Guabirota	0	108	0,0%
	31	Cristo Rei	0	159	0,0%
	29	Centro Cívico	0	53	0,0%
	21	Campina do Siqueira	0	52	0,0%
	18	Cabral	0	127	0,0%
	15	Bom Retiro	0	45	0,0%
	13	Bigorriho	0	191	0,0%
	12	Batel	0	87	0,0%
	11	Barreirinha	0	214	0,0%
	9	Bacacheri	0	261	0,0%
	6	Alto da Rua XV	0	72	0,0%
	5	Alto da Glória	0	72	0,0%
	3	Ahú	0	117	0,0%
	1	Abranches	0	165	0,0%

Indicador 3: Percentual de Baixo Peso ao Nascer

Definição: Percentual de nascidos vivos com menos de 2.500 g por região geográfica.

O peso é a primeira medida do recém-nascido, realizada preferencialmente durante a primeira hora de vida. É um indicador considerado como preditor de sobrevivência infantil. Quanto menor o peso, maior a probabilidade de morte precoce. Curitiba (assim como o Brasil e o Paraná) está dentro dos padrões aceitos internacionalmente, com valores abaixo de 10%, apesar de existirem índices abaixo de 6% em países desenvolvidos (DATASUS, 2010).

A tabela 3.3.3 mostra pouca variação no percentual de baixo peso ao nascer dentro de Curitiba, sendo que chama atenção apenas a Regional Boqueirão que tem o maior percentual de baixo peso (9,3%). Esta regional especificamente, apesar de estar dentro do padrão internacional, e não muito longe da média municipal (aproximadamente 8,6% maior), deve se apoiar em políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal.

Tabela 3.3.3: Percentual de Baixo Peso ao Nascer por Regional e Distrito Sanitário, Curitiba, 2016

A) Por Regional

	Regional	Baixo Peso	Nascidos Vivos	(%) Baixo Peso Regional
1	Bairro Novo	190	2.320	8,2%
2	Boa Vista	285	3.202	8,9%
3	Boqueirão	229	2.457	9,3%
4	Cajuru	230	2.718	8,5%
5	CIC	219	2.723	8,0%
6	Portão	180	2.099	8,6%
7	Matriz	159	1.864	8,5%
8	Pinheirinho	173	1.995	8,7%
9	Santa Felicidade	174	1.990	8,7%
10	Tatuquara	146	1.772	8,2%
	Não informado	22	75	-
	Total	2.007	23.215	8,6%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

PERCENTUAL DE BAIXO PESO AO NASCER	
Brasil	8,4%
Paraná	8,4%

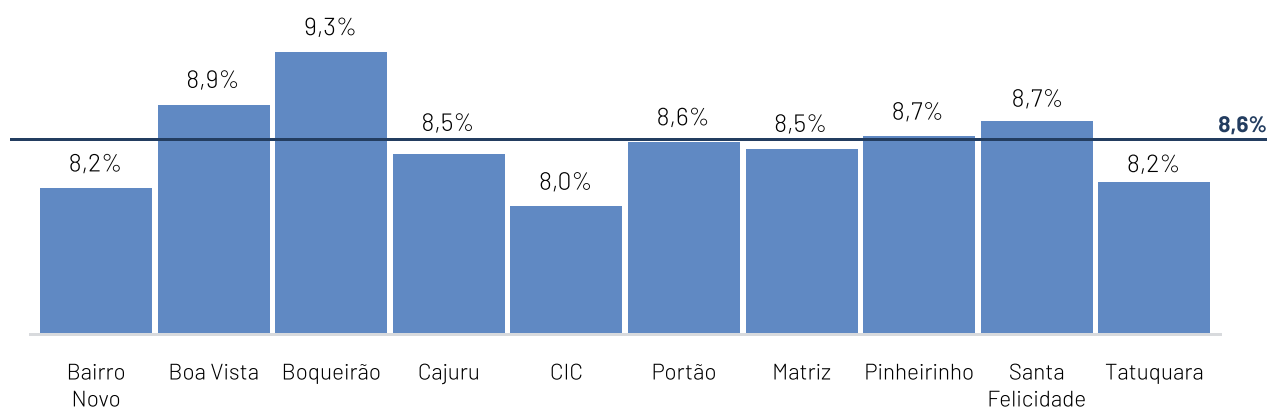
Fonte: PNAD/ DATASUS (SINASC), 2015.

B) Por Distrito Sanitário

	Distrito Sanitário	Baixo Peso	Nascidos Vivos	(%) Baixo Peso Regional
1	Bairro Novo	187	2.262	8,3%
2	Boa Vista	296	3.306	9,0%
3	Boqueirão	233	2.524	9,2%
4	Cajuru	232	2.715	8,5%
5	CIC	229	2.781	8,2%
6	Portão	180	2.147	8,4%
7	Matriz	130	1.554	8,4%
8	Pinheirinho	175	2.038	8,6%
9	Santa Felicidade	178	2.022	8,8%
10	Tatuquara	145	1.791	8,1%
	Não informado	22	75	-
	Total	2.007	23.215	8,6%

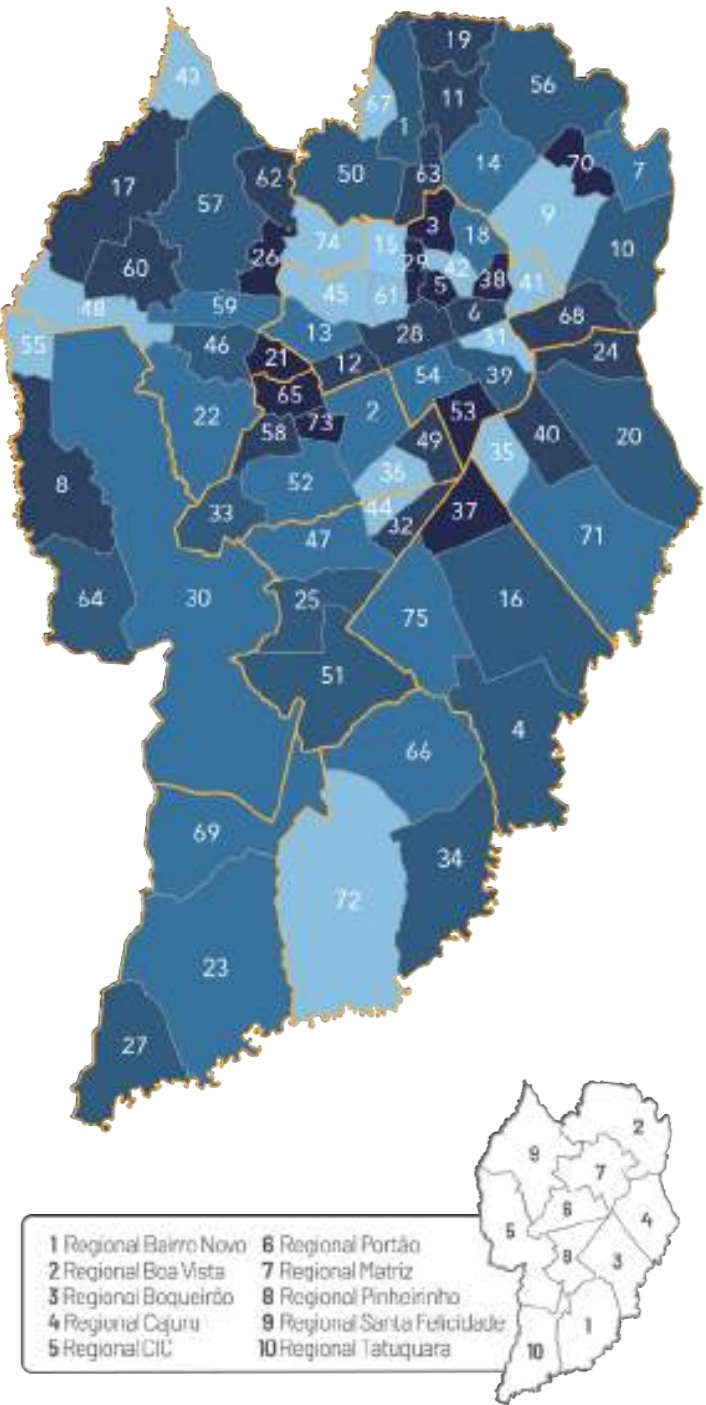
Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

Nota: Percentual calculado com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, os quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência.



Representação gráfica dos bairros por percentual de Baixo Peso ao Nascer.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores percentuais dos com menores percentuais conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Baixo Peso	Nascidos vivos	(%) Baixo Peso
Muito alto	26	Cascatinha	5	26	19,2%
	65	Seminário	8	55	14,5%
	37	Hauer	31	218	14,2%
	38	Hugo Lange	4	30	13,3%
	70	Tingui	22	172	12,8%
	5	Alto da Glória	9	72	12,5%
	3	Ahú	14	117	12,0%
	73	Vila Izabel	19	162	11,7%
	53	Prado Velho	9	77	11,7%
	21	Campina do Siqueira	6	52	11,5%
Alto	29	Centro Cívico	6	53	11,3%
	6	Alto da Rua XV	8	72	11,1%
	24	Capão da Imbuia	21	192	10,9%
	62	São João	5	46	10,9%
	32	Fanny	9	83	10,8%
	19	Cachoeira	14	132	10,6%
	40	Jardim das Américas	13	123	10,6%
	63	São Lourenço	6	57	10,5%
	8	Augusta	9	86	10,5%
	60	São Braz	31	299	10,4%
Médio	12	Batel	9	87	10,3%
	17	Butiatuvinha	15	145	10,3%
	11	Barreirinha	22	214	10,3%
	49	Parolin	17	166	10,2%
	58	Santa Quitéria	18	177	10,2%
	68	Tarumã	7	70	10,0%
	28	Centro	34	341	10,0%
	1	Abranches	16	165	9,7%
	34	Ganchinho	25	260	9,6%
	46	Mossunguê	20	211	9,5%
Baixo	50	Pilarzinho	33	349	9,5%
	25	Capão Raso	49	529	9,3%
	16	Boqueirão	82	888	9,2%
	51	Pinheirinho	68	741	9,2%
	4	Alto Boqueirão	54	595	9,1%
	10	Bairro Alto	51	578	8,8%
	27	Caximba	8	92	8,7%
	64	São Miguel	2	23	8,7%
	57	Santa Felicidade	39	451	8,6%
	39	Jardim Botânico	5	58	8,6%
Muito baixo	33	Fazendinha	33	383	8,6%
	20	Cajuru	110	1.298	8,5%
	56	Santa Cândida	48	574	8,4%
	7	Atuba	17	205	8,3%
	69	Tatuquara	92	1.111	8,3%
	66	Sítio Cercado	148	1.795	8,2%
	75	Xaxim	62	756	8,2%
	23	Campo de Santana	46	569	8,1%
	52	Portão	39	485	8,0%
	71	Uberaba	80	997	8,0%
	30	CIC	208	2.609	8,0%
	22	Campo Comprido	38	481	7,9%
	18	Cabral	10	127	7,9%
	13	Bigorrilho	15	191	7,9%
	54	Rebouças	9	118	7,6%
	47	Novo Mundo	41	539	7,6%
	14	Boa Vista	29	382	7,6%
	2	Água Verde	34	450	7,6%
	59	Santo Inácio	6	84	7,1%
	9	Bacacheri	18	261	6,9%
	45	Mercês	9	134	6,7%
	15	Bom Retiro	3	45	6,7%
	72	Umará	17	265	6,4%
	44	Lindóia	6	103	5,8%
	35	Guabirota	6	108	5,6%
	48	Orleans	5	90	5,6%
	42	Juvevê	5	91	5,5%
	36	Guaira	12	221	5,4%
	61	São Francisco	3	63	4,8%
	67	Taboão	2	43	4,7%
	31	Cristo Rei	7	159	4,4%
	74	Vista Alegre	4	99	4,0%
	41	Jardim Social	0	29	0,0%
	43	Lamenha Pequena	0	6	0,0%
	55	Riviera	0	5	0,0%

Indicador 4: Percentual de Gestante com Pré-Natal Insuficiente

Definição: Percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou menos consultas de pré-natal por região geográfica.

Este indicador mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto, sendo influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas (DATASUS, 2000). No Brasil, cerca de um terço dos nascidos vivos são filhos de mães que realizaram seis ou menos consultas de pré-natal (DATASUS, 2015).

O Brasil tem como referência a realização de pelo menos 7 consultas de pré-natal, então, considera-se que gestantes com 6 ou menos consultas de pré-natal realizaram um número de *pré-natal insuficientes*. Neste sentido, Curitiba apresenta um percentual bem abaixo de gestantes com pré-natal insuficientes se comparado com o Brasil (68% menor), apesar de que nitidamente existem regionais com números melhores, sendo elas: a Matriz, o Portão e Santa Felicidade, e outras, que estão acima da média do município, como mostra a tabela 3.3.4.

Tabela 3.3.4: Percentual de nascidos vivos de mães com consultas pré-natal insuficientes* por Regional e Distrito Sanitário, Curitiba, 2016

A) Por Regional

	Regional	Pré-natal Insuficiente	Nascidos Vivos	(%) Pré-natal Insuficiente
1	Bairro Novo	268	2.320	11,6%
2	Boa Vista	371	3.202	11,6%
3	Boqueirão	270	2.457	11,0%
4	Cajuru	317	2.718	11,7%
5	CIC	302	2.723	11,1%
6	Portão	175	2.099	8,3%
7	Matriz	120	1.864	6,4%
8	Pinheirinho	201	1.995	10,1%
9	Santa Felicidade	148	1.990	7,4%
10	Tatuquara	182	1.772	10,3%
	Não informado	33	75	-
	Total	2.387	23.215	10,3%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

PERCENTUAL DE PRÉ-NATAL INSUFICIENTE	
Brasil	32,9%
Paraná	17,8%

Fonte: PNAD/ DATASUS (SINASC), 2015.

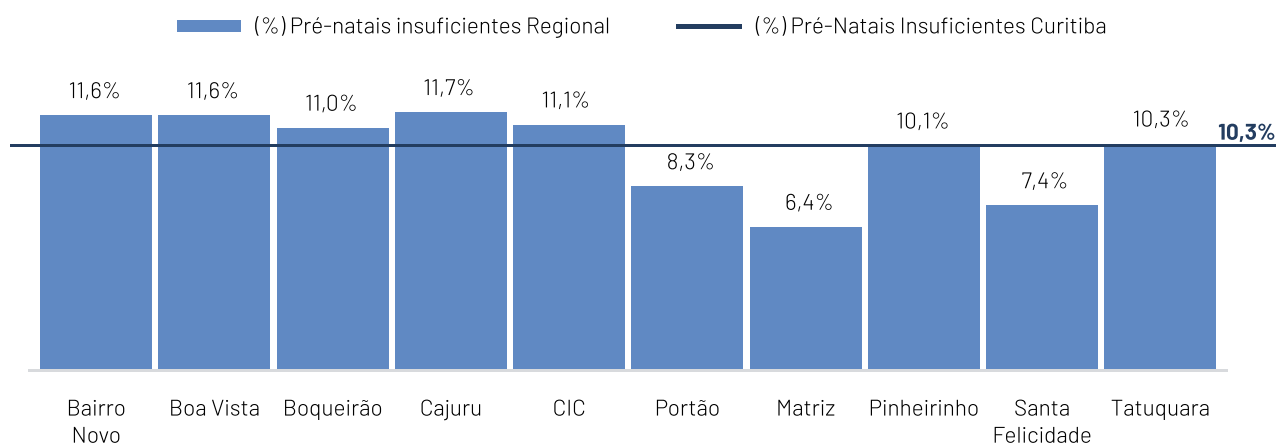
B) Por Distrito Sanitário

	Distrito Sanitário	Pré-natal Insuficiente	Nascidos Vivos	(%) Pré-natal Insuficiente
1	Bairro Novo	261	2.262	11,5%
2	Boa Vista	377	3.306	11,4%
3	Boqueirão	278	2.524	11,0%
4	Cajuru	313	2.715	11,5%
5	CIC	302	2.781	10,9%
6	Portão	178	2.147	8,3%
7	Matriz	108	1.554	6,9%
8	Pinheirinho	205	2.038	10,1%
9	Santa Felicidade	146	2.022	7,2%
10	Tatuquara	186	1.791	10,4%
	Não informado	33	75	-
	Total	2.387	23.215	10,3%

Fonte: SMS/CE - SINASC (Dados preliminares), 2016.

*Pré-natal insuficiente: Nascidos vivos de mães com 6 consultas ou menos de pré-natal.

Nota: Percentual calculado com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, os quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência.



Os indicadores anteriormente apresentados (natalidade e baixo peso) apontam duas regionais que necessitam ter ações potencialidades de pré-natal: Tatuquara e Boqueirão.

Outra informação importante, é quando se compara a proporção de gestantes que receberam número insuficiente de consultas segundo as faixas etárias, observa-se maior concentração deste indicador em gestantes adolescentes e jovens¹⁴, sendo, 22,0%, 17,1%, respectivamente. Este achado, juntamente com as disparidades encontradas nas taxas de natalidade e baixo peso ao nascer, evidencia a necessidade de se avaliar a assistência nas diversas Regionais do município, com questionamentos sobre as situações de desigualdade no número de consultas da gestante, questões de acesso e qualidade da assistência pré-natal, associando os indicadores aqui mostrados com os outros apresentados neste relatório, objetivando aprimorar a política de atenção à saúde materno-infantil.

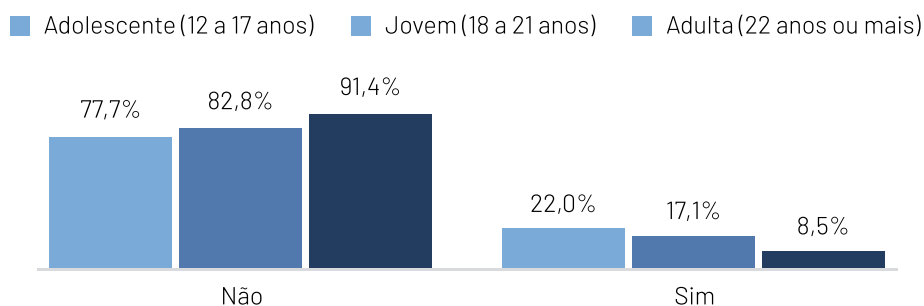
14 As frequências do atendimento do pré-natal nos grupos segundo faixas etárias (adolescentes, jovens e mulheres adultas) foram testadas estatisticamente pelo Teste Qui-Quadrado, que apresentou uma diferença significativa a um p-valor menor que 0,05%. Conclui-se que existe diferença entre as frequências, ou seja, o grupo de adolescentes e jovens, têm um percentual maior de consultas de pré-natal insuficientes.

Tabela 3.3.5: Número de consultas de Pré-natal, por faixa etária (ECA) da gestante

Faixa etária ECA	Pré-Natal Insuficiente				Não informado	Total	
	Não		Sim				
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	Quant.	(%)
Adolescente (12 a 17 anos)	761	77,7%	215	22,0%	3	979	100,0%
Jovem (18 a 21 anos)	2.646	82,8%	548	17,1%	3	3.197	100,0%
Adulta (22 anos ou mais)	17.401	91,4%	1.624	8,5%	14	19.039	100,0%
Total	20.808	89,6%	2.387	10,3%	20	23.215	100,0%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

Notas: Teste Qui-Quadrado significativo a p-valor menor que 0,05%



Fazendo a mesma análise com a faixa etária da OMS, o comportamento é semelhante. Quanto mais nova a mãe maior é o percentual de que realizam 6 ou menos consultas de pré-natal.

Tabela 3.3.6: Consultas Pré-natal insuficientes por faixa etária (OMS) da gestante

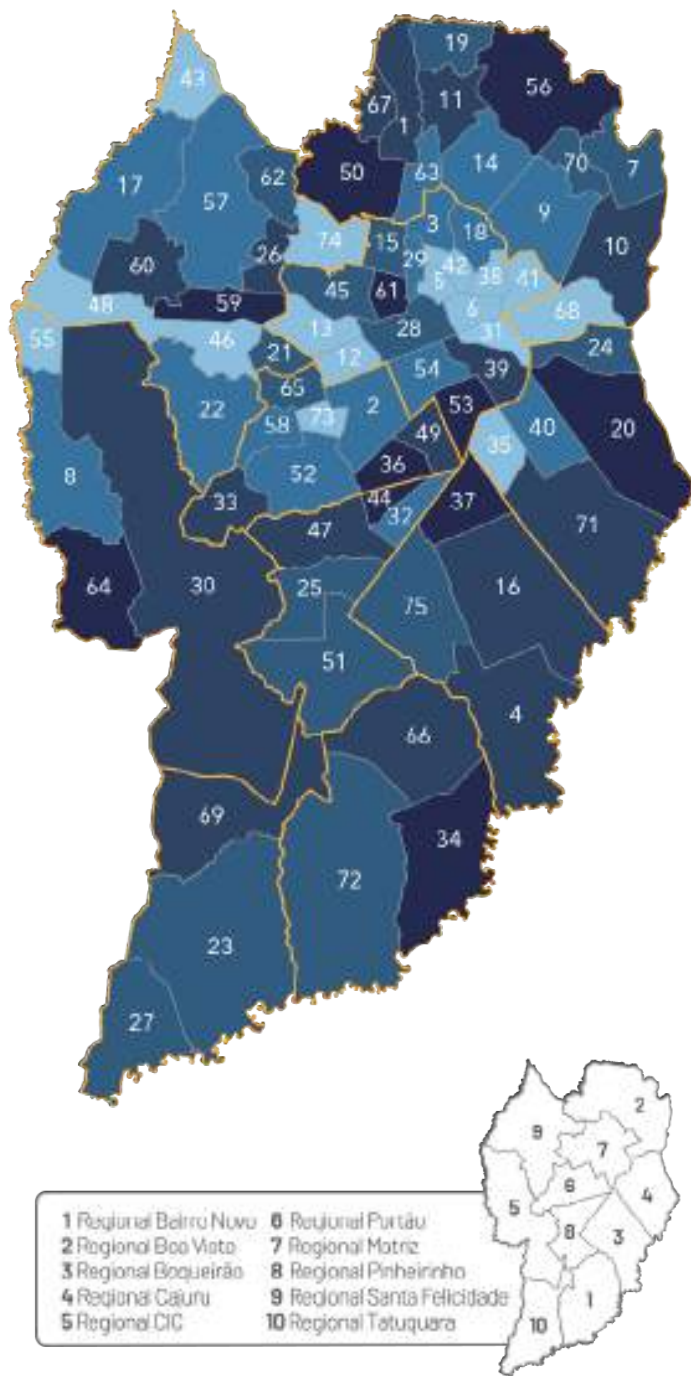
Mãe	Pré-Natal Insuficiente				Não informado	Total	
	Não		Sim				
	Quant.	(%)	Quant.	(%)		Quant.	Quant.
Adolescente (10 a 14 anos)	58	79,5%	14	19,2%	1	73	100,0%
Adolescente (15 a 19 anos)	1.848	80,5%	445	19,4%	3	2.296	100,0%
Jovens (20 a 24 anos)	3.924	84,6%	713	15,4%	4	4.641	100,0%
Adulta (25 ou mais)	14.978	92,4%	1.215	7,5%	12	16.205	100,0%
Total	20.808	89,6%	2.387	10,3%	20	23.215	100,0%

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

Notas: Teste Qui-Quadrado significativo a p-valor menor que 0,05%

Representação gráfica dos bairros por percentual de Pré-Natal Insuficiente.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores percentuais dos com menores percentuais conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Pré-natal insuficiente*	Nascidos (%)	Pré-natal insuficiente
Muito alto	34	Ganchinho	54	260	20,8%
	50	Pilarzinho	58	349	16,6%
	56	Santa Cândida	93	574	16,2%
	44	Lindóia	16	103	15,5%
	59	Santo Inácio	13	84	15,5%
	36	Guaira	32	221	14,5%
	61	São Francisco	9	63	14,3%
	64	São Miguel	3	23	13,0%
	53	Prado Velho	10	77	13,0%
	20	Cajuru	168	1.298	12,9%
Alto	37	Hauer	28	218	12,8%
	49	Parolin	21	166	12,7%
	4	Alto Boqueirão	75	595	12,6%
	10	Bairro Alto	70	578	12,1%
	39	Jardim Botânico	7	58	12,1%
	33	Fazendinha	45	383	11,7%
	71	Uberaba	117	997	11,7%
	11	Barreirinha	25	214	11,7%
	67	Taboão	5	43	11,6%
	26	Cascatinha	3	26	11,5%
Médio	1	Abranches	19	165	11,5%
	30	CIC	293	2.609	11,2%
	69	Tatuquara	123	1.111	11,1%
	47	Novo Mundo	57	539	10,6%
	66	Sítio Cercado	188	1.795	10,5%
	60	São Braz	31	299	10,4%
	16	Boqueirão	92	888	10,4%
	51	Pinheirinho	76	741	10,3%
	75	Xaxim	75	756	9,9%
	70	Tingui	17	172	9,9%
Baixo	72	Umbará	26	265	9,8%
	21	Campina do Siqueira	5	52	9,6%
	24	Capão da Imbuia	18	192	9,4%
	7	Atuba	19	205	9,3%
	19	Cachoeira	12	132	9,1%
	65	Seminário	5	55	9,1%
	23	Campo de Santana	51	569	9,0%
	45	Mercês	12	134	9,0%
	15	Bom Retiro	4	45	8,9%
	28	Centro	30	341	8,8%
Muito baixo	27	Caximba	8	92	8,7%
	62	São João	4	46	8,7%
	25	Capão Raso	45	529	8,5%
	32	Fanny	7	83	8,4%
	14	Boa Vista	32	382	8,4%
	17	Butiatuvinha	12	145	8,3%
	18	Cabral	10	127	7,9%
	29	Centro Cívico	4	53	7,5%
	58	Santa Quitéria	13	177	7,3%
	40	Jardim das Américas	9	123	7,3%
	22	Campo Comprido	35	481	7,3%
	57	Santa Felicidade	32	451	7,1%
	63	São Lourenço	4	57	7,0%
	8	Augusta	6	86	7,0%
	2	Água Verde	28	450	6,2%
	54	Rebouças	7	118	5,9%
	52	Portão	27	485	5,6%
	9	Bacacheri	14	261	5,4%
	3	Ahú	6	117	5,1%
	74	Vista Alegre	5	99	5,1%
	35	Guabirota	5	108	4,6%
	42	Juvevê	4	91	4,4%
	68	Tarumã	3	70	4,3%
	6	Alto da Rua XV	3	72	4,2%
	46	Mossunguê	8	211	3,8%
	13	Bigorrilho	7	191	3,7%
	41	Jardim Social	1	29	3,4%
	38	Hugo Lange	1	30	3,3%
	31	Cristo Rei	5	159	3,1%
	73	Vila Izabel	4	162	2,5%
	5	Alto da Glória	0	72	0,0%
	12	Batel	0	87	0,0%
	43	Lamenha Pequena	0	6	0,0%
	48	Orleans	0	90	0,0%
	55	Riviera	0	5	0,0%

*Nascidos vivos com seis ou menos consultas de pré-natal

3.4 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E NA JUVENTUDE

A gravidez na adolescência constitui um desafio para a saúde pública devido a suas implicações biológicas, psicológicas, social, econômica e cultural. Na maioria das vezes, a gravidez de adolescentes ou jovens não foi planejada e é indesejada. Segundo o organismo da ONU, o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (s/d), inúmeros casos decorrem de abusos e violência sexual ou resultam de uniões conjugais precoces¹⁵, geralmente com homens mais velhos. Ao engravidar, voluntária ou involuntariamente, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, o que pode contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão, embora a gravidez na adolescência seja observada em diferentes composições de níveis de renda.

A abordagem da gravidez na adolescência é feita com o total de adolescentes que tiveram filhos nascidos vivos em 2016, pelo total de nascidos vivos no mesmo ano e terá duas visualizações, uma aos olhos da OMS e outra aos olhos do ECA, considerando as faixas etárias de 12 a 17 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Conforme mostra a tabela a 3.4.1, na faixa etária de 12 a 17 anos, a Regional Tatuquara apresentou o maior percentual de adolescentes grávidas (8,7%), muito acima de todas as outras Regionais, e o dobro da média de Curitiba (4,1%) nesta mesma faixa etária. Analisando a faixa etária da OMS, percebe-se que a concentração de adolescentes grávidas está na faixa de 15 a 19 anos (9,8%), já na faixa etária de 10 a 14 anos, Curitiba apresenta um percentual de gravidez na adolescência de 0,3%.

¹⁵ Apesar de não ser um tema solicitado em edital, a união conjugal precoce foi abordada no Produto 3 – Relatório sobre o Direito à Liberdade, Respeito e Dignidade. A sistematização da informação teve como fonte, Estatísticas do Registro Civil – IBGE (2005/2015), e mostrou um crescimento no número de casamentos infantis no Sul do Brasil.

Indicador 5: Percentual de Gravidez na Adolescência

Definição: Número de nascidos vivos de mães adolescentes sobre o total de nascidos vivos da região geográfica

Tabela 3.4.1: Percentual* de Gravidez na Adolescência por Regional e por Distrito Sanitário, segunda as faixas etárias do ECA e da OMS, de residentes em Curitiba no ano de 2016

A) Por Regional:

Regional		Gravidez na faixa etária de 12 a 17 anos		Gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos		Gravidez na faixa etária de 15 a 19 anos		Total de Nascidos Vivos
		Quant.	(%)²	Quant.	(%)²	Quant.	(%)²	
1	Boa Vista	112	4,8%	7	0,3%	280	12,1%	2.320
2	Boqueirão	119	3,7%	5	0,2%	268	8,4%	3.202
3	Cajuru	101	4,1%	4	0,2%	219	8,9%	2.457
4	CIC	127	4,7%	7	0,3%	303	11,1%	2.718
5	Portão	151	5,5%	10	0,4%	354	13,0%	2.723
6	Matriz	50	2,4%	7	0,3%	139	6,6%	2.099
7	Pinheirinho	23	1,2%	1	0,1%	76	4,1%	1.864
8	Santa Felicidade	84	4,2%	5	0,3%	193	9,7%	1.995
9	Tatuquara	52	2,6%	7	0,4%	127	6,4%	1.990
10	Não informado	155	8,7%	18	1,0%	320	18,1%	1.772
Total		4	-	1	-	7	-	75
Total		978	4,2%	72	0,3%	2.286	9,8%	23.215

Fonte: SMS/CE - SINASC (Dados preliminares), 2016.

B) Por Distrito Sanitário:

Distrito Sanitário		Gravidez na faixa etária de 12 a 17 anos		Gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos		Gravidez na faixa etária de 15 a 19 anos		Total de Nascidos Vivos
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	
1	Bairro Novo	112	5,0%	7	0,3%	278	12,1%	2.262
2	Boa Vista	118	3,6%	5	0,2%	270	11,8%	3.306
3	Boqueirão	102	4,0%	4	0,2%	225	9,8%	2.524
4	Cajuru	127	4,7%	7	0,3%	302	13,2%	2.715
5	CIC	153	5,5%	10	0,4%	360	15,7%	2.781
6	Portão	53	2,5%	7	0,3%	151	6,6%	2.147
7	Matriz	22	1,4%	1	0,1%	71	3,1%	1.554
8	Pinheirinho	86	4,2%	5	0,2%	198	8,6%	2.038
9	Santa Felicidade	46	2,3%	7	0,3%	110	4,8%	2.022
10	Tatuquara	155	8,7%	18	1,0%	324	14,1%	1.791
Não informado		4	-	1	-	7	-	75
Total		978	4,2%	72	0,3%	2.296	100,0%	23.215

Fonte: SMS/CE - SINASC (Dados preliminares), 2016.

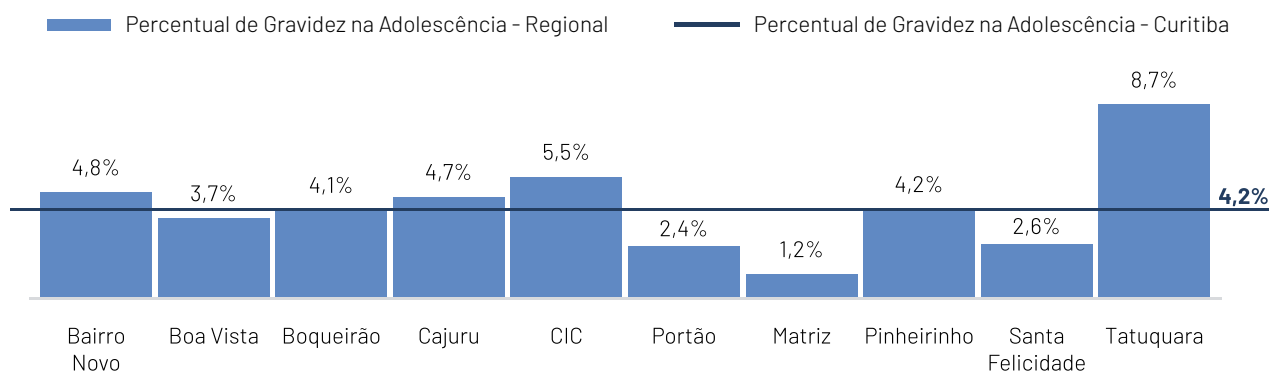
*Percentual construído sobre o total de nascidos vivos

Nota: Percentual calculado com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, os quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência.

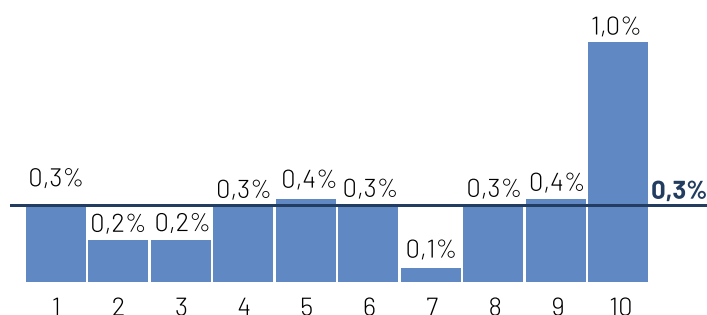
PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA			
FAIXA ETÁRIA	10 A 14 ANOS	15 A 19 ANOS	20 A 24 ANOS
Brasil	0,9%	17,35	24,95
Paraná	0,7%	16,1%	24,8%
Curitiba	0,4%	10,9%	20,7%

Fonte: SINASC/DATASUS, 2015.

GRÁFICOS DA GRAVIDEZ NA FAIXA ETÁRIA DO ECA 12 A 17 ANOS - REGIONAL



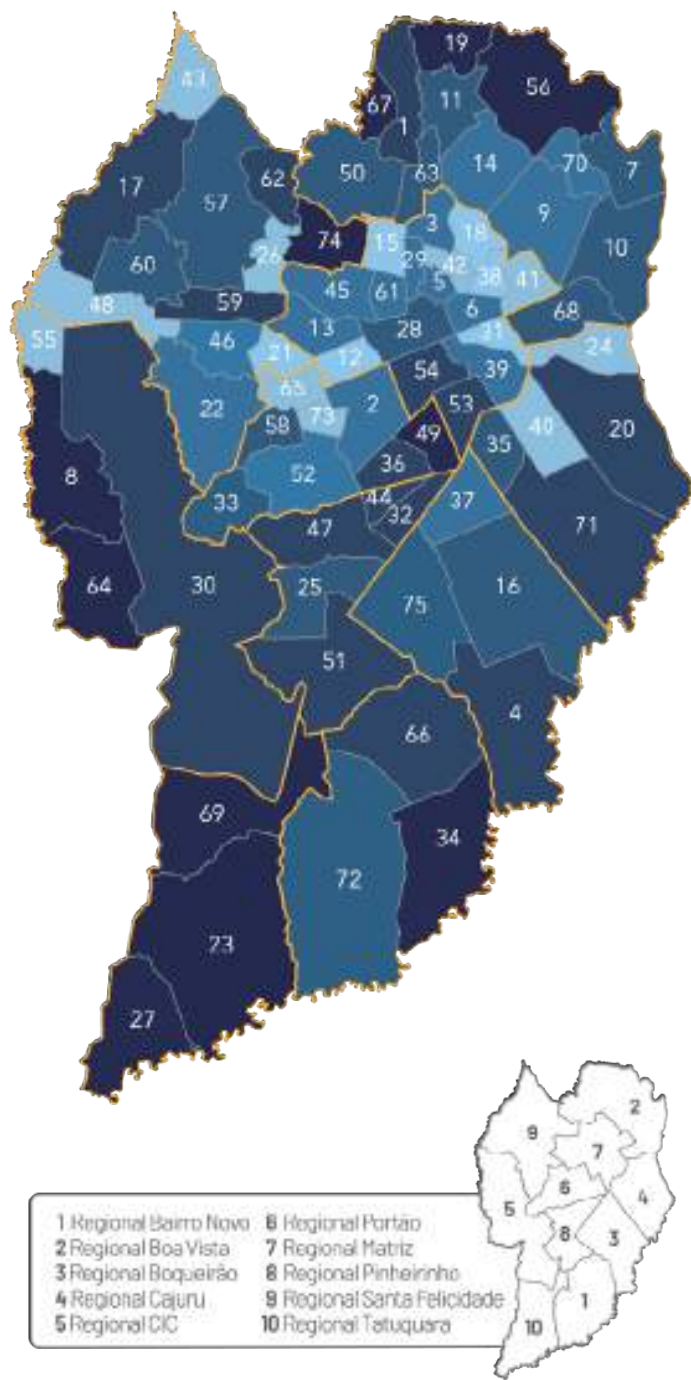
GRÁFICOS DA GRAVIDEZ NA FAIXA ETÁRIA DA OMS 10 A 14 ANOS - REGIONAL



A importância de se apresentar o indicador de gravidez na adolescência sobre a população de adolescentes do sexo feminino é que este percentual pode ser analisado em outros contextos, como por exemplo, a questão do acesso à educação. O Plano Nacional da Assistência Social 2016/2026, mostrou que “enquanto 68,9% das adolescentes com filhos não frequentam a escola, este percentual é de apenas 9,6% entre as adolescentes que não possuem filhos” (SNAS/MDS, 2016) e, a baixa escolaridade está diretamente relacionada à pobreza. Lembrando, a Regional Tatuquara no Relatório 1, mostrou-se preocupante em relação aos indicadores sociodemográficos, o que se agrava sabendo que o maior índice de gravidez na adolescência vem desta Regional, podendo assim alimentar uma trajetória de desigualdade na região.

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Gravidez na Adolescência em relação a faixa etária do ECA.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Gravidez na faixa etária de 12 a 17 anos	Nascidos Vivos	(%) Gravidez na faixa etária de 12 a 17 anos
Muito alto	27 Caximba	14	92	15,2%
	64 São Miguel	3	23	13,0%
	67 Taboão	5	43	11,6%
	69 Tatuquara	101	1.111	9,1%
	34 Ganchinho	23	260	8,8%
	49 Parolin	13	166	7,8%
	74 Vista Alegre	7	99	7,1%
	23 Campo de Santana	40	569	7,0%
	8 Augusta	6	86	7,0%
	56 Santa Cândida	35	574	6,1%
Alto	19 Cachoeira	8	132	6,1%
	4 Alto Boqueirão	36	595	6,1%
	36 Guaíra	13	221	5,9%
	17 Butiatuvinha	8	145	5,5%
	20 Cajuru	71	1.298	5,5%
	30 CIC	142	2.609	5,4%
	71 Uberaba	53	997	5,3%
	53 Prado Velho	4	77	5,2%
	44 Lindóia	5	103	4,9%
	1 Abranches	8	165	4,8%
Médio	32 Fanny	4	83	4,8%
	59 Santo Inácio	4	84	4,8%
	66 Sítio Cercado	80	1.795	4,5%
	62 São João	2	46	4,3%
	51 Pinheirinho	32	741	4,3%
	54 Rebouças	5	118	4,2%
	47 Novo Mundo	22	539	4,1%
	10 Bairro Alto	23	578	4,0%
	25 Capão Raso	21	529	4,0%
	58 Santa Quitéria	7	177	4,0%
Baixo	7 Atuba	8	205	3,9%
	16 Boqueirão	34	888	3,8%
	75 Xaxim	27	756	3,6%
	63 São Lourenço	2	57	3,5%
	72 Umbará	9	265	3,4%
	33 Fazendinha	12	383	3,1%
	60 São Braz	9	299	3,0%
	50 Pilarzinho	10	349	2,9%
	68 Tarumã	2	70	2,9%
	35 Guabirotuba	3	108	2,8%
Muito baixo	57 Santa Felicidade	11	451	2,4%
	28 Centro	8	341	2,3%
	11 Barreirinha	5	214	2,3%
	70 Tingui	4	172	2,3%
	14 Boa Vista	8	382	2,1%
	22 Campo Comprido	10	481	2,1%
	29 Centro Cívico	1	53	1,9%
	37 Hauer	4	218	1,8%
	39 Jardim Botânico	1	58	1,7%
	61 São Francisco	1	63	1,6%
	5 Alto da Glória	1	72	1,4%
	52 Portão	4	485	0,8%
	45 Mercês	1	134	0,7%
	13 Bigorrilho	1	191	0,5%
	46 Mossunguê	1	211	0,5%
	9 Bacacheri	1	261	0,4%
	2 Água Verde	1	450	0,2%
	3 Ahú	0	117	0,0%
	6 Alto da Rua XV	0	72	0,0%
	12 Batel	0	87	0,0%
	15 Bom Retiro	0	45	0,0%
	18 Cabral	0	127	0,0%
	21 Campina do Siqueira	0	52	0,0%
	24 Capão da Imbuia	0	192	0,0%
	26 Cascatinha	0	26	0,0%
	31 Cristo Rei	0	159	0,0%
	38 Hugo Lange	0	30	0,0%
	40 Jardim das Américas	0	123	0,0%
	41 Jardim Social	0	29	0,0%
	42 Juvevê	0	91	0,0%
	43 Lamenha Pequena	0	6	0,0%
	48 Orleans	0	90	0,0%
	55 Riviera	0	5	0,0%
	65 Seminário	0	55	0,0%
	73 Vila Izabel	0	162	0,0%

Indicador 6: Percentual de Gravidez na Juventude

Definição: Número nascidos vivos filhos de mães de 18 a 21 anos sobre o total de nascidos vivos a região geográfica.

Novamente temos a avaliação de gravidez em relação à faixa etária do ECA e da OMS. Independentemente da faixa etária analisada, a Regional Tatuquara tem o maior percentual de jovens que se tornaram mães em Curitiba no ano de 2016. A faixa etária de 18 a 21 anos representa 21,2% das gestantes de 2016, enquanto a média de Curitiba é de 13,8%. Outra regional que se destaca com um percentual alto, na mesma faixa etária, é a Regional CIC (18,5%). Considerando o fato de que neste indicador possa ocorrer um maior número de gravidez planejada, torna necessário realizar o seguimento dos casos entendendo suas peculiaridades.

Tabela 3.4.2: Percentual de Gravidez na Juventude por Regional segundo as faixas etárias do ECA e da OMS

A) Por Regional:

	Regional ¹	Gravidez de Jovens de 18 a 21 anos		Gravidez de Jovens de 20 a 24 anos		Total de Nascidos Vivos
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	
1	Bairro Novo	431	18,6%	635	27,4%	2.320
2	Boa Vista	353	11,0%	562	17,6%	3.202
3	Boqueirão	323	13,1%	527	21,3%	2.457
4	Cajuru	431	15,9%	591	21,7%	2.718
5	CIC	503	18,5%	663	24,3%	2.723
6	Portão	212	10,1%	299	14,2%	2.099
7	Matriz	110	5,9%	174	9,3%	1.864
8	Pinheirinho	266	13,3%	399	20,0%	1.995
9	Santa Felicidade	182	9,1%	274	13,8%	1.990
10	Tatuquara	375	21,2%	490	27,7%	1.772
	Não informado	12	16,0%	28	37,3%	75
Total		3.198	13,8%	4.642	19,9%	23.215

Fonte: SMS/CE – SINASC (Dados preliminares), 2016.

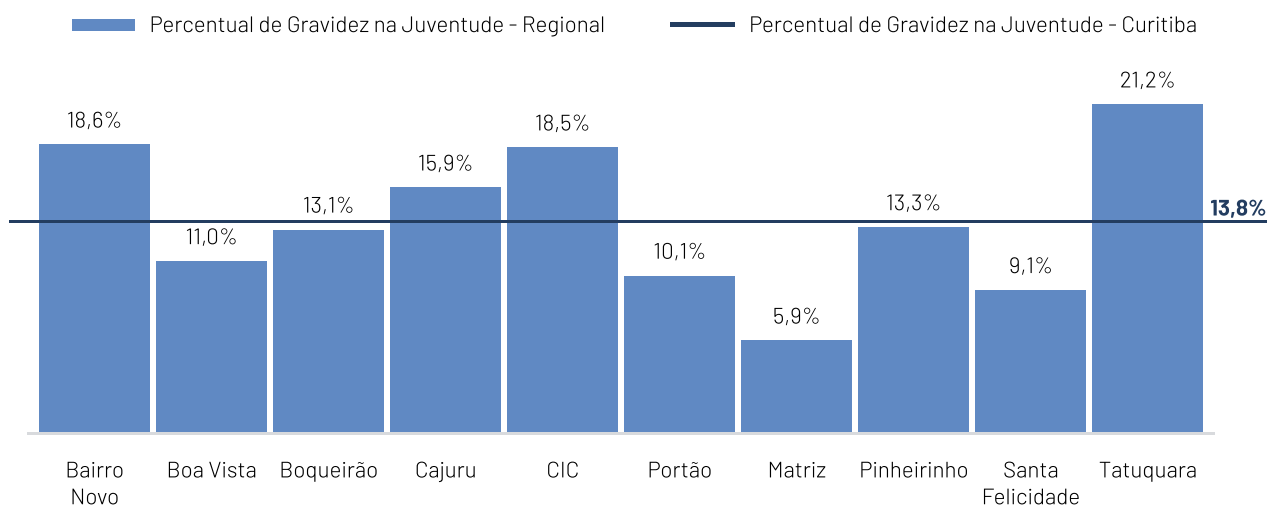
B) Por Distrito Sanitário:

Distrito Sanitário		Gravidez de Jovens de 18 a 21 anos		Gravidez de Jovens de 20 a 24 anos		Total de Nascidos Vivos
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	
1	Bairro Novo	424	18,7%	616	27,2%	2.262
2	Boa Vista	362	10,9%	569	17,2%	3.306
3	Boqueirão	335	13,3%	546	21,6%	2.524
4	Cajuru	425	15,7%	586	21,6%	2.715
5	CIC	508	18,3%	668	24,0%	2.781
6	Portão	224	10,4%	303	14,1%	2.147
7	Matriz	98	6,3%	155	10,0%	1.554
8	Pinheirinho	273	13,4%	407	20,0%	2.038
9	Santa Felicidade	160	7,9%	263	13,0%	2.022
10	Tatuquara	375	20,9%	499	27,9%	1.791
	Não informado	14	-	30	-	75
Total		3.198	13,8%	4.642	19,9%	23.215

Fonte: SINASC/SMS (Dados preliminares), 2016.

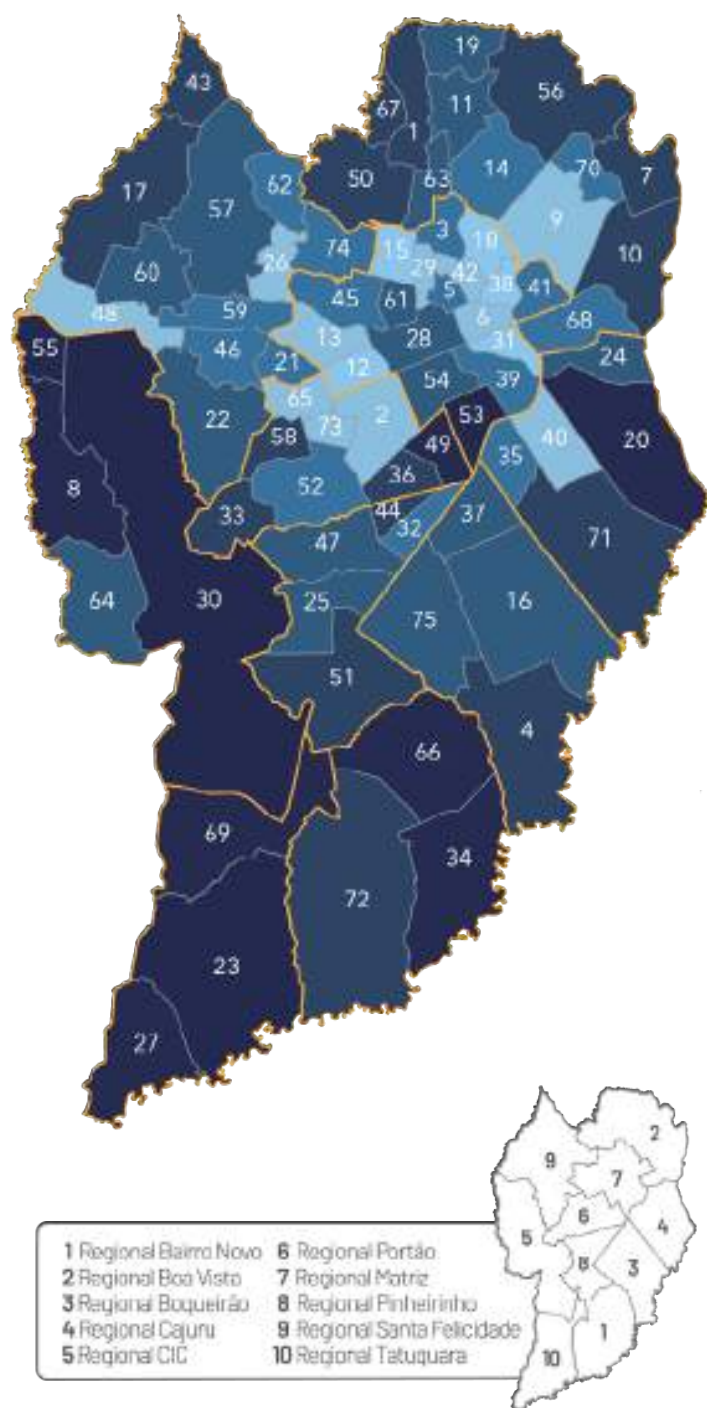
Nota: Percentual calculado com base no banco de dados preliminares fornecidos pela SMS, nos quais constavam ainda alguns nascimentos sem informação de bairro de residência.

Gráficos da gravidez na faixa etária do ECA, 18 a 21 anos – Regional



Representação gráfica dos bairros por Taxa de Gravidez na Juventude segundo faixa etária do ECA.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Gravidez na faixa etária de 18 a 21 anos	Nascidos Vivos	(%) Gravidez na Juventude
Muito alto	49 Parolin	43	166	25,9%
	53 Prado Velho	19	77	24,7%
	8 Augusta	21	86	24,4%
	69 Tatuquara	253	1.111	22,8%
	27 Caximba	19	92	20,7%
	34 Ganchinho	52	260	20,0%
	55 Riviera	1	5	20,0%
	20 Cajuru	256	1.298	19,7%
	66 Sítio Cercado	333	1.795	18,6%
	30 CIC	479	2.609	18,4%
Alto	23 Campo de Santana	103	569	18,1%
	72 Umbará	46	265	17,4%
	43 Lamenha Pequena	1	6	16,7%
	4 Alto Boqueirão	99	595	16,6%
	33 Fazendinha	63	383	16,4%
	67 Taboão	7	43	16,3%
	44 Lindóia	16	103	15,5%
	51 Pinheirinho	114	741	15,4%
	17 Butiatuvinha	22	145	15,2%
	58 Santa Quitéria	26	177	14,7%
Médio	36 Guaíra	32	221	14,5%
	71 Uberaba	143	997	14,3%
	10 Bairro Alto	80	578	13,8%
	50 Pilarzinho	48	349	13,8%
	7 Atuba	28	205	13,7%
	1 Abranches	22	165	13,3%
	56 Santa Cândida	76	574	13,2%
	60 São Braz	38	299	12,7%
	75 Xaxim	96	756	12,7%
	24 Capão da Imbuia	24	192	12,5%
Baixo	47 Novo Mundo	67	539	12,4%
	11 Barreirinha	26	214	12,1%
	16 Boqueirão	107	888	12,0%
	25 Capão Raso	63	529	11,9%
	54 Rebouças	13	118	11,0%
	22 Campo Comprido	51	481	10,6%
	19 Cachoeira	13	132	9,8%
	37 Hauer	21	218	9,6%
	63 São Lourenço	5	57	8,8%
	64 São Miguel	2	23	8,7%
Muito baixo	57 Santa Felicidade	36	451	8,0%
	61 São Francisco	5	63	7,9%
	28 Centro	26	341	7,6%
	70 Tingui	13	172	7,6%
	32 Fanny	6	83	7,2%
	59 Santo Inácio	6	84	7,1%
	39 Jardim Botânico	4	58	6,9%
	41 Jardim Social	2	29	6,9%
	62 São João	3	46	6,5%
	74 Vista Alegre	6	99	6,1%
	14 Boa Vista	23	382	6,0%
	3 Ahú	7	117	6,0%
	52 Portão	29	485	6,0%
	21 Campina do Siqueira	3	52	5,8%
	68 Tarumã	4	70	5,7%
	46 Mossunguê	12	211	5,7%
	5 Alto da Glória	4	72	5,6%
	45 Mercês	7	134	5,2%
	35 Guabirota	5	108	4,6%
	15 Bom Retiro	2	45	4,4%
	31 Cristo Rei	7	159	4,4%
	73 Vila Izabel	7	162	4,3%
	6 Alto da Rua XV	3	72	4,2%
	18 Cabral	5	127	3,9%
	26 Cascatinha	1	26	3,8%
	48 Orleans	3	90	3,3%
	9 Bacacheri	8	261	3,1%
	2 Água Verde	11	450	2,4%
	40 Jardim das Américas	3	123	2,4%
	13 Bigorrião	4	191	2,1%
	29 Centro Cívico	1	53	1,9%
	65 Seminário	1	55	1,8%
	42 Juvevê	1	91	1,1%
	12 Batel	0	87	0,0%
	38 Hugo Lange	0	30	0,0%

3.4.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA GESTAÇÃO E NATALIDADE

O programa Mãe Curitibana¹⁶ foi implantado em 1999 para melhorar o acesso das gestantes aos serviços disponibilizados pelo município. Antes do início do programa havia mais de 30% das gestantes que procuravam mais de um serviço quando entravam em trabalho de parto e também havia a utilização inadequada de leitos. O programa possui ações, trabalhando todo o processo de gestação (pré-natal, parto e puerpério) até a atenção ao recém-nascido, além do planejamento familiar. Possui também protocolos clínicos para urgências e emergências obstétricas.

Ao identificar a gestante, inserem-na ao programa, realizando a avaliação do risco e a vinculação ao serviço, conforme a complexidade. Logo após, institui-se o radar de monitoramento em qualquer ponto da rede de atenção.

Os princípios norteadores do programa são:

- Responsabilização da equipe da Unidade de Saúde pela saúde do binômio, mãe e filho;
- Responsabilização de um serviço hospitalar de referência pelo atendimento integral da gestante e do recém-nascido.

Durante a gestação, as UBS, ainda são responsáveis pelas oficinas para as gestantes com temas como gestação, parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, além do planejamento familiar. O programa também prevê que a gestante visite a maternidade de referência no 6º ou 7º mês de gestação.

Após a alta na maternidade, esta é responsável por agendar a consulta na UBS para mãe e filho através do Sistema Integração "on-line", e a UBS recebe mãe e filho por via do agendamento pelo Sistema Integração ou por busca ativa.

Na saúde das crianças o programa prevê: acompanhamento do risco evolutivo; notificação de alta hospitalar em crianças menores de 1 ano; notificação de consulta nas UPAS das crianças menores de 5 anos; triagem Auditiva Neonatal Universal (Teste da Orelhinha); avaliação do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho); triagem para cardiopatias congênitas críticas (Coraçãozinho); e, ambulatório Bebê de Risco.

O programa tornou-se uma experiência exitosa e reconhecida nacionalmente nos cuidados às gestantes e seus bebês. Os dados referentes ao programa são acompanhados por bases já analisadas neste diagnóstico (SINASC), o qual apontou algumas diferenças regionais que merecem a atenção da SMS, para acompanhar se as executoras do programa (UBS) agem de forma padronizada em todo o município, ou, se existem como mostram os indicadores, diferenças na sua operacionalização e nos resultados sanitários alcançados.

¹⁶ Todas as informações sobre o programa foram retiradas de uma apresentação sobre o programa passada pela coordenação do mesmo.

Outro projeto próprio do Município, sem interlocução federativa, criado a partir das diferenças regionais encontradas nos indicadores referentes à gestação e natalidade, é o Projeto Saúde Sexual na Adolescência, focado na gravidez na adolescência. Este projeto é desenvolvido a partir de indicadores que mostram espaços territoriais com maior concentração de adolescentes gestantes. A partir da constatação de possíveis grupos com vulnerabilidades para o tema, oficinas são desenvolvidas em parceria com a FAS, nos espaços do CRAS.

Em 2017 o trabalho foi desenvolvido no Distrito Sanitário do CIC. O projeto como um todo ocorre em três etapas: Etapa 1) sensibilização ao corpo gestor sobre indicadores e o tema; Etapa 2) sensibilização com os profissionais das Unidades de Saúde envolvidas – capacitação de 2h para todos os profissionais; Etapa 3) Realização de Oficinas com os adolescentes elencados pelas Unidades de Saúde para participar da atividade.

As oficinas foram distribuídas em quatro temas principais com objetivo de desenvolver habilidades de vida e enfrentamento de condicionantes de saúde envolvidos na saúde sexual, a fim de, postergar o início da atividade sexual e/ou, reduzir comportamentos de risco à exposição de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a gestação na adolescência.

Quadro 3: Oficinas realizadas no Projeto Saúde Sexual na Adolescência – 2º quadrimestre 2017

AÇÕES REALIZADAS	QUANTITATIVO	PESSOAS ENVOLVIDAS
Oficinas de Sensibilização no território – DSCIC – Unidades de Saúde: Sabará, Barigui e Nossa Senhora da Luz	3	108 profissionais das Unidades de Saúde
Oficinas de Prevenção – DSCIC – (CRAS Vila Sandra, Vila Verde, Barigui e Nossa Senhora da Luz).	16	65 adolescentes com 1.054 intervenções temáticas
Desdobramentos do Projeto Planejamento Familiar – Atividade em parceria com a Guarda Municipal – Rapel e Tirolesa na Rua da Cidadania Fazendinha – CRAS Vila Sandra e US Vila Sandra	1	15 adolescentes
Desdobramento do Projeto Planejamento Familiar – Reunião de orientação para novas estratégias US Vila Verde + BOSH	1	4 adolescentes

Fonte: DAPS – Equipe de Prevenção, 05/01/2018

No terceiro quadrimestre, além atividades descritas acima, foram realizadas ações pontuais e participação em eventos, conforme demandas que envolviam ações de Prevenção à Saúde do adolescente.

3.4.2 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA GESTAÇÃO E NATALIDADE

A rede de atendimento de Curitiba contava em 2016 com duas instituições não governamentais que realizavam atendimento no período de gestação e acompanhamento após o nascimento.

Quadro 4: Descrição das Instituições Não Governamentais de Atendimento e seus projetos

PASTORAL DA CRIANÇA	
Fundada em 1983, na cidade de Florestópolis, Paraná, pela médica sanitária e pediatra, Dra. Zilda Arns Neumann, e pelo então Arcebispo de Londrina, hoje cardeal emérito, Dom Geraldo Majella Agnelo. A Pastoral da Criança hoje se faz presente em todos os estados brasileiros e em outros 11 países da África, Ásia, América Latina e Caribe. A Pastoral da Criança se organiza por comunidade, ramo, setor, estado e país, tendo equipes de coordenação e conselhos em cada um deles, com normas e estruturação determinadas pelo Regimento Interno, aprovado pela Assembleia Geral. Trabalham por um mundo sem mortes materno-infantis evitáveis, onde todas as crianças, mesmo as mais vulneráveis, possam viver num ambiente favorável ao seu desenvolvimento. A missão da Pastoral da Criança é promover o desenvolvimento das crianças, à luz da evangélica opção preferencial pelos pobres, do ventre materno aos seis anos, por meio de orientações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, fundamentadas na mística cristã que une fé e vida, contribuindo para que suas famílias e comunidades realizem sua própria transformação.	
ACOMPANHANDO AS GESTANTES	ACOMPANHANDO AS CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS
A Pastoral da Criança começa suas atividades com as gestantes, orientando sobre a importância do pré-natal, de um parto de qualidade, do alojamento conjunto e do aleitamento materno. Também orientam sobre os direitos e deveres, os cuidados na gravidez, alimentação, higiene, vacinação. O acompanhamento é feito a cada trimestre da gravidez, verificando o desenvolvimento do bebê no útero, as queixas mais comuns e nas visitas mensais é entregue para a gestante uma cartela com informações preciosas sobre o período de sua gravidez e desenvolvimento do bebê.	Orientam as mães, pais e familiares a acompanharem e cuidarem do desenvolvimento da criança em cada etapa da vida. Orientam sobre os direitos, o desenvolvimento e aprendizagem da criança, os sinais de risco para a saúde e dão informações para a prevenção e tratamento da diarreia e de infecções respiratórias. Também realiza a avaliação nutricional, a orientação sobre higiene, saúde bucal e imunização.
INSTITUTO PRÓ CIDADANIA DE CURITIBA – IPCC ¹⁷	
Reconhecido por ser um grande agente de planejamento e articulação. Tem como objetivo o desenvolvimento da sociedade visando à convivência sustentável entre homem e meio ambiente. Dessa forma, desenvolve projetos em ecossistemas urbanos, cultura, boas práticas e ação individual.	
PROJETO CURITIBANINHOS	
O projeto do PDCC repassava enxovais de bebês para mães em situação de vulnerabilidade social, atendidas pelos Centros Referências de Assistência Social (CRAS) e Unidades de Saúde dos Núcleos Regionais de Curitiba e que participavam dos grupos de convivência social. Além dos kits, o projeto oferecia capacitações para as mães, através de palestras sobre os “Mitos da Gestação”, e explicações sobre a importância do pré-natal.	

Fonte: OSC, 2016

• Instituto Pró Cidadania de Curitiba – IPCC

O projeto “Curitibaninhos” era coordenado pelo Instituto Pró Cidadania de Curitiba, porém a distribuição dos kits era realizada em cada CRAS das regionais de Curitiba. E as palestras eram ministradas por profissionais das Unidades de Saúde para fortalecer o vínculo entre a mãe e o bebê desde os momentos iniciais e também tirar dúvidas sobre a gestação.

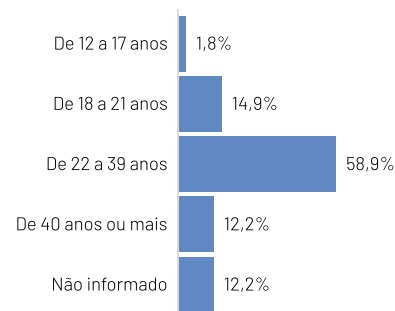
¹⁷ O Instituto Pró Cidadania de Curitiba encerrou seu atendimento no início de 2017.

Em 2016 foram atendidas nestes ciclos de palestras 21 mães e dentre essas apenas *uma adolescente*. Sobre os kits, no mesmo ano foram distribuídos 336 kits enxovais, sendo que, a maioria das mães beneficiárias tinha entre 22 e 39 anos (58,9%), 333.

Tabela 3.4.3: Faixa etária das mães atendidas com o projeto Curitibaninhos

Faixa etária	Quant.	(%)
De 12 a 17 anos	6	1,8
De 18 a 21 anos	50	14,9
De 22 a 39 anos	198	58,9
De 40 anos ou mais	41	12,2
Não informado	41	12,2
Total	336	100,0

Fonte: FAS, 2016.

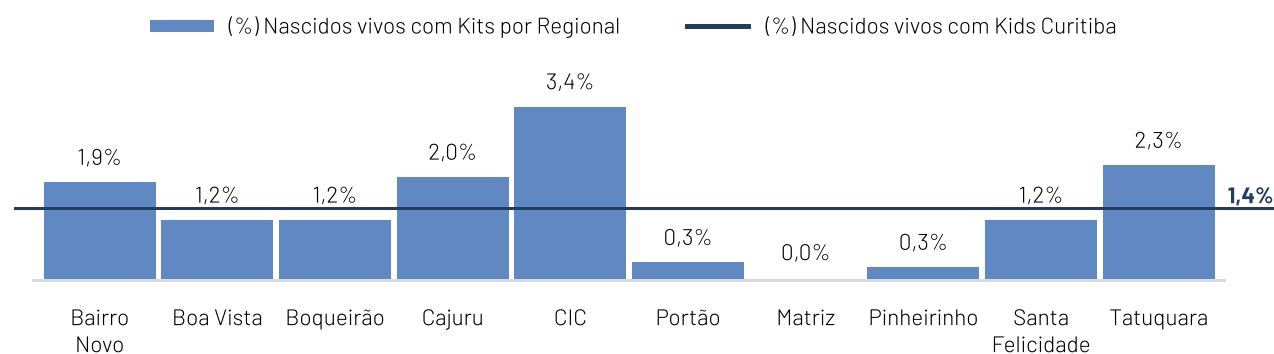


A tabela 3.3.4 mostra a distribuição proporcional de enxovais por Regional, como também a proporção em relação aos nascidos vivos por Regional. A maior concentração da distribuição dos Kits está na Regional CIC, com 27,7% da distribuição. Se for analisado pelo número de nascidos vivos em 2016, observa-se que o CIC ainda continua com a maior representação (3,4%), e o Tatuquara, aparece em segundo lugar com 2,3% dos seus recém-nascidos recebendo enxoval.

Tabela 3.4.4: Atendimento do projeto Curitibaninhos por nascidos vivos das Regionais em 2016

Regional		Kits enxovais distribuídos		Nascidos vivos	
		Quant.	(%)	Quant.	(%) Com Kits
1	Bairro Novo	44	13,1%	2.321	1,9%
2	Boa Vista	39	11,6%	3.265	1,2%
3	Boqueirão	29	8,6%	2.463	1,2%
4	Cajuru	54	16,1%	2.719	2,0%
5	CIC	93	27,7%	2.732	3,4%
6	Portão	7	2,1%	2.100	0,3%
7	Matriz	1	0,3%	2.050	0,0%
8	Pinheirinho	5	1,5%	1.997	0,3%
9	Santa Felicidade	24	7,1%	1.996	1,2%
10	Tatuquara	40	11,9%	1.774	2,3%
	Não informado	-	-	74	-
Total		336	100,0%	23.491	1,4%

Fonte: FAS, 2016.



- **Pastoral da Criança**

A Pastoral da Criança teve em 2016, um total de 2.301 famílias cadastradas, sendo que nelas havia um total de 148 gestantes e 2.648 crianças de 0 a 6 anos de idade (aproximadamente 2% do total de crianças desta faixa etária de Curitiba). A instituição tem um papel importante não apenas na gestação, mas também no acompanhamento nutricional das crianças até 6 anos de idade. Por atender especificamente a primeira infância, optou-se por concentrar os dados da Pastoral no item de gestação, sem apresentá-los na parte nutricional deste diagnóstico.

Os indicadores fornecidos pela Pastoral foram:

- O percentual de crianças nascidas com baixo peso acompanhadas pela Pastoral é de 6%, quando no total de Curitiba esse percentual é de 8,4%;
- O indicador de aleitamento materno mostra que 48,9% das crianças até 6 meses mamam só no peito;
- A vacinação completa atinge 95% das crianças acompanhadas na Pastoral;
- 5,5% das crianças acompanhadas pela pastoral apresentaram diarreia.

3.5 MORBIDADE HOSPITALAR

Para análise do tema morbidade hospitalar¹⁸ utilizou-se como fonte de dados o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, disponibilizado pela SMS de Curitiba. A análise de dados seguiu o padrão já utilizado pela Secretaria Municipal, que teve como referência o indicador de Morbidade Hospitalar 2015 (SMS, 2016).

Neste diagnóstico analisamos todos os dados referentes aos internamentos realizados nos hospitais próprios e conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, de Curitiba, no ano de 2016, na faixa etária de 0 a 21 anos.

O total de informações contidas no SIH de Curitiba foi de 43.810 internações.

Tabela 3.5.1: Total de internações de 0 a 21 anos, por faixa etária e região geográfica de residência do paciente

Região	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1 Bairro Novo	887	4,7%	270	3,6%	394	4,8%	662	7,1%	2.213	5,1%
2 Boa Vista	893	4,7%	292	3,9%	422	5,1%	572	6,2%	2.179	5,0%
3 Boqueirão	785	4,2%	350	4,7%	308	3,8%	495	5,3%	1.938	4,4%
4 Cajuru	946	5,0%	348	4,6%	428	5,2%	572	6,2%	2.294	5,2%
5 CIC	1.125	6,0%	309	4,1%	432	5,3%	660	7,1%	2.526	5,8%
6 Portão	598	3,2%	197	2,6%	198	2,4%	208	2,2%	1.201	2,7%
7 Matriz	380	2,0%	177	2,4%	226	2,8%	447	4,8%	1.230	2,8%
8 Pinheirinho	741	3,9%	231	3,1%	339	4,1%	487	5,2%	1.798	4,1%
9 Santa Felicidade	595	3,2%	179	2,4%	206	2,5%	294	3,2%	1.274	2,9%
10 Tatuquara	766	4,1%	247	3,3%	356	4,3%	502	5,4%	1.871	4,3%
Outros municípios da RM	6.672	35,4%	2.605	34,8%	2.871	35,0%	2.891	31,1%	15.039	34,3%
Outros municípios do PR	3.208	17,0%	2.026	27,1%	1.641	20,0%	645	6,9%	7.520	17,2%
Outros estados	154	0,8%	149	2,0%	137	1,7%	48	0,5%	488	1,1%
Não informado	1.077	5,7%	109	1,5%	255	3,1%	798	8,6%	2.239	5,1%
Total	18.827	100,0%	7.489	100,0%	8.213	100,0%	9.281	100,0%	43.810	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

A tabela 3.5.2 mostra o diagnóstico (CID10 Capítulo) das internações feitas em Curitiba, comparando os residentes com os não residentes.

¹⁸ Número de internamentos hospitalares (SMS, 2016)

Tabela 3.5.2: Diagnóstico do internamento por município de residência do paciente na faixa etária de 0 a 21 anos

Diagnóstico do internamento*	Residente em Curitiba		Não residente em Curitiba		Total Geral	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Doenças do aparelho respiratório	3.191	15,4%	4.332	18,8%	7.523	17,2%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.371	11,4%	1.943	8,4%	4.314	9,8%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	2.542	12,2%	1.307	5,7%	3.849	8,8%
Algumas afecções originadas no período perinatal	2.671	12,9%	1.165	5,1%	3.836	8,8%
Doenças do aparelho digestivo	1.387	6,7%	2.004	8,7%	3.391	7,7%
Doenças do aparelho geniturinário	1.552	7,5%	1.645	7,1%	3.197	7,3%
Más-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	727	3,5%	1.684	7,3%	2.411	5,5%
Neoplasias [Tumores]	555	2,7%	1.675	7,3%	2.230	5,1%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.021	4,9%	924	4,0%	1.945	4,4%
Doenças do sistema nervoso	519	2,5%	1.087	4,7%	1.606	3,7%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	611	2,9%	908	3,9%	1.519	3,5%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	325	1,6%	704	3,1%	1.029	2,3%
Complicações do trabalho de parto e parto	540	2,6%	375	1,6%	915	2,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	271	1,3%	511	2,2%	782	1,8%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínilaboratoriais, não classificados em outra parte	318	1,5%	418	1,8%	736	1,7%
Doenças do aparelho circulatório	174	0,8%	374	1,6%	548	1,3%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	420	2,0%	117	0,5%	537	1,2%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	215	1,0%	322	1,4%	537	1,2%
Gravidez que termina em aborto	279	1,3%	172	0,7%	451	1,0%
Doenças do olho e anexos	93	0,4%	330	1,4%	423	1,0%
Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte	209	1,0%	212	0,9%	421	1,0%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	131	0,6%	285	1,2%	416	0,9%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	193	0,9%	95	0,4%	288	0,7%
Transtornos mentais e comportamentais	203	1,0%	56	0,2%	259	0,6%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério	119	0,6%	54	0,2%	173	0,4%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	48	0,2%	106	0,5%	154	0,4%
Anemias aplásticas e outras anemias	16	0,1%	124	0,5%	140	0,3%
Anemias hemolíticas	29	0,1%	66	0,3%	95	0,2%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	15	0,1%	36	0,2%	51	0,1%
Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	12	0,1%	7	0,0%	19	0,0%
Anemias nutricionais	6	0,0%	9	0,0%	15	0,0%
Total Geral	20.763	100,0%	23.047	100,0%	43.810	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

*Diagnóstico se refere aos capítulos do CID10

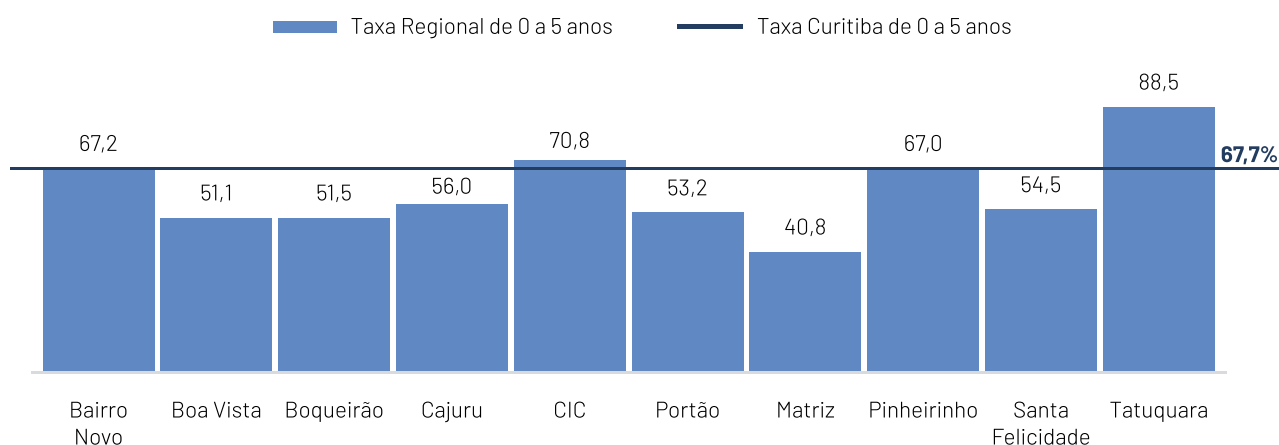
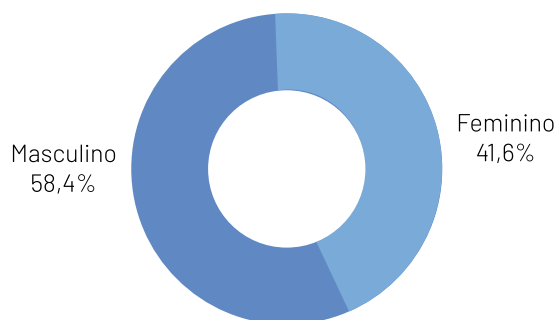
Focando apenas nos residentes de Curitiba, a taxa de internamento de 0 a 5 anos, é de 67,7 internações a cada mil habitantes da mesma faixa etária, sendo que na Regional Tatuquara, a taxa é de 88,5, aproximadamente 30% maior.

Tabela 3.5.3: Taxa de internamento na faixa etária de 0 a 5 anos, por Regional, de pacientes residentes em Curitiba

	Regional	De 0 a 5 anos		
		Quant.	Pop.	Taxa*
1	Bairro Novo	887	13.191	67,2
2	Boa Vista	893	17.465	51,1
3	Boqueirão	785	15.229	51,5
4	Cajuru	946	16.890	56,0
5	CIC	1.125	15.893	70,8
6	Portão	598	11.251	53,2
7	Matriz	380	9.304	40,8
8	Pinheirinho	741	11.064	67,0
9	Santa Felicidade	595	10.911	54,5
10	Tatuquara	766	8.659	88,5
	Não informado	1.077	-	-
	Total	8.793	129.857	67,7

Fonte: SIH/SMS, 2016.

Nota: * por mil habitantes



O principal diagnóstico dos internamentos são as afecções originadas no período perinatal em 30,3% dos casos, tendo maior frequência proporcional no gênero feminino (34,5%). Na Regional Tatuquara o indicador para este diagnóstico do internamento no gênero feminino ultrapassa 40% dos casos, e na Regional Bairro Novo chega próximo (39,4%).

Tabela 3.5.4: Diagnóstico do internamento na faixa etária de 0 a 5 anos

Diagnóstico do internamento*	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Algumas afecções originadas no período perinatal	1.263	34,5%	1.399	27,3%	2.662	30,3%
Doenças do aparelho respiratório	947	25,9%	1.138	22,2%	2.085	23,7%
Doenças do aparelho geniturinário	99	2,7%	783	15,3%	882	10,0%
Doenças do aparelho digestivo	190	5,2%	310	6,0%	500	5,7%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	197	5,4%	271	5,3%	468	5,3%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	167	4,6%	237	4,6%	404	4,6%
Más-formações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	155	4,2%	249	4,9%	404	4,6%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	173	4,7%	218	4,2%	391	4,4%
Doenças do sistema nervoso	120	3,3%	158	3,1%	278	3,2%
Neoplasias [Tumores]	71	1,9%	88	1,7%	159	1,8%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinilaboratoriais não classificados em outra parte	74	2,0%	73	1,4%	147	1,7%
Doenças do aparelho circulatório	41	1,1%	32	0,6%	73	0,8%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	34	0,9%	34	0,7%	68	0,8%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	25	0,7%	34	0,7%	59	0,7%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	22	0,6%	30	0,6%	52	0,6%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	17	0,5%	25	0,5%	42	0,5%
Doenças do olho e anexos	19	0,5%	18	0,4%	37	0,4%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	19	0,5%	17	0,3%	36	0,4%
Anemias hemolíticas	8	0,2%	5	0,1%	13	0,1%
Anemias aplásticas e outras anemias	4	0,1%	7	0,1%	11	0,1%
Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	11	0,3%		0,0%	11	0,1%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	4	0,1%	4	0,1%	8	0,1%
Anemias nutricionais		0,0%	3	0,1%	3	0,0%
Total Geral	3.660	100,0%	5.133	100,0%	8.793	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

*Diagnóstico se refere aos capítulos do CID10

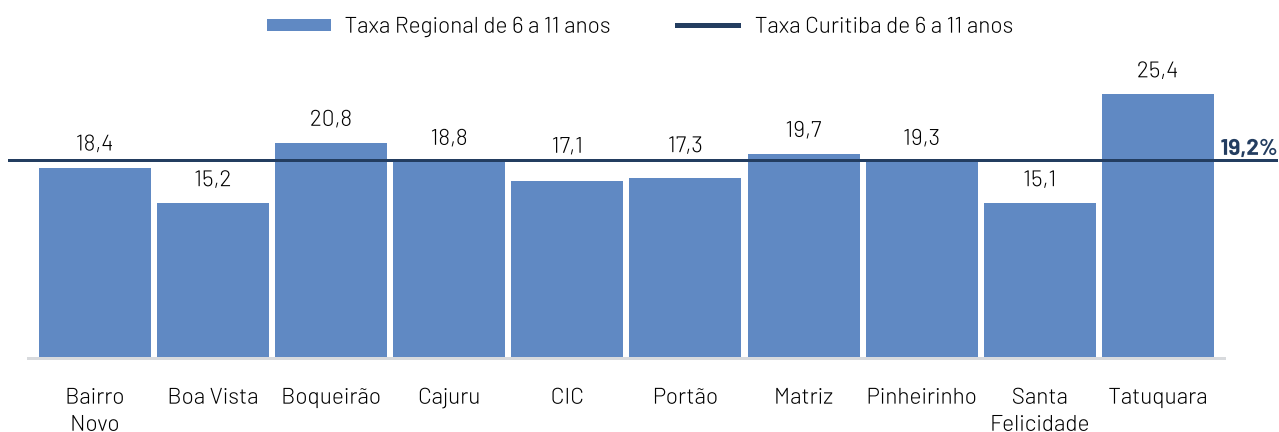
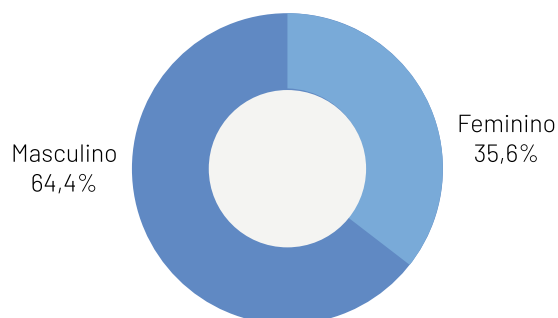
Novamente temos a Regional Tatuquara se destacando na Taxa de Internamento, agora na faixa etária de 6 a 11 anos, com 25,4 casos a cada mil habitantes da mesma faixa etária, novamente mais de 30% maior que a taxa de Curitiba, 19,2.

Tabela 3.5.5: Taxa de internamento na faixa etária de 6 a 11 anos, por Regional, de pacientes residentes em Curitiba

Regional	De 6 a 11 anos		
	Quant.	Pop.	Taxa*
1 Bairro Novo	270	14.701	18,4
2 Boa Vista	292	19.161	15,2
3 Boqueirão	350	16.857	20,8
4 Cajuru	348	18.468	18,8
5 CIC	309	18.121	17,1
6 Portão	197	11.364	17,3
7 Matriz	177	9.003	19,7
8 Pinheirinho	231	11.997	19,3
9 Santa Felicidade	179	11.862	15,1
10 Tatuquara	247	9.735	25,4
Não informado	109	-	-
Total	2.709	141.269	19,2

Fonte: SIH/SMS, 2016.

Nota: * por mil habitantes



O principal diagnóstico do internamento são as doenças respiratórias (22,8%), tendo maior frequência proporcional no gênero feminino (28,3%). Já no gênero masculino, destacam-se as causas externas (15,3%) e as doenças no aparelho geniturinário (14,5%).

Tabela 3.5.6: Diagnóstico do internamento na faixa etária de 6 a 11 anos

Diagnóstico do internamento*	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Doenças do aparelho respiratório	273	28,3%	345	19,8%	618	22,8%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	134	13,9%	266	15,3%	400	14,8%
Doenças do aparelho digestivo	116	12,0%	180	10,3%	296	10,9%
Doenças do aparelho geniturinário	29	3,0%	253	14,5%	282	10,4%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	97	10,1%	116	6,7%	213	7,9%
Más-formações congêntas, deformidades e anomalias cromossômicas	45	4,7%	107	6,1%	152	5,6%
Neoplasias [Tumores]	54	5,6%	89	5,1%	143	5,3%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	1,8%	109	6,3%	126	4,7%
Doenças do sistema nervoso	33	3,4%	68	3,9%	101	3,7%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	51	5,3%	50	2,9%	101	3,7%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínilaboratoriais não classificados em outra parte	29	3,0%	44	2,5%	73	2,7%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	26	2,7%	34	1,9%	60	2,2%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	21	2,2%	26	1,5%	47	1,7%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	20	2,1%	23	1,3%	43	1,6%
Doenças do aparelho circulatório	8	0,8%	11	0,6%	19	0,7%
Doenças do olho e anexos	5	0,5%	13	0,7%	18	0,7%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	2	0,2%	4	0,2%	6	0,2%
Anemias hemolíticas	2	0,2%	3	0,2%	5	0,2%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	1	0,1%	2	0,1%	3	0,1%
Anemias aplásticas e outras anemias	2	0,2%	-	0,0%	2	0,1%
Transtornos mentais e comportamentais	-	0,0%	1	0,1%	1	0,0%
Total Geral	965	100,0%	1.744	100,0%	2.709	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

*Diagnóstico se refere aos capítulos do CID10

Observados os diagnósticos por Regional, destacaram-se as Regionais Boqueirão e Tatuquara, com mais de 17% de internamentos relacionados a doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, sendo que no geral esse percentual é de 4,7%.

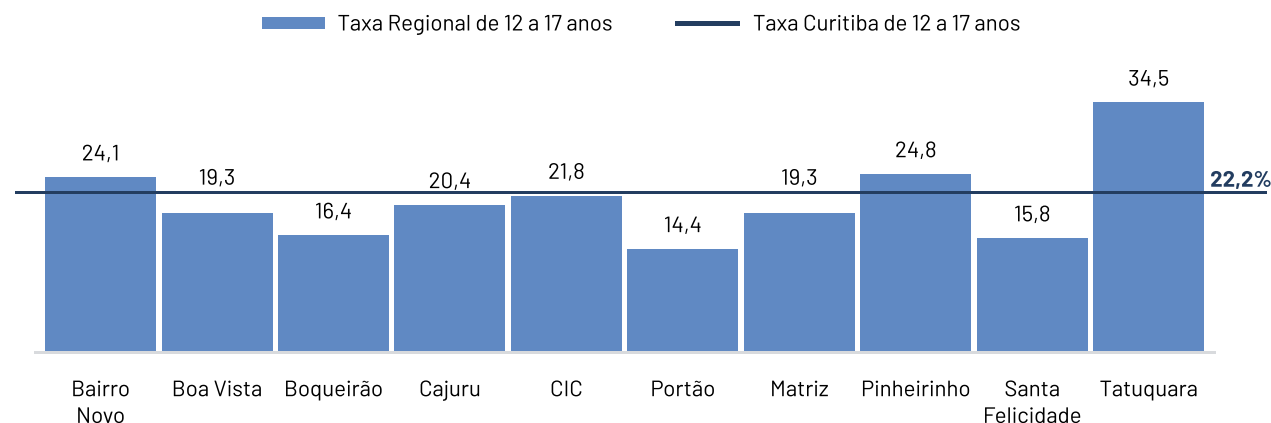
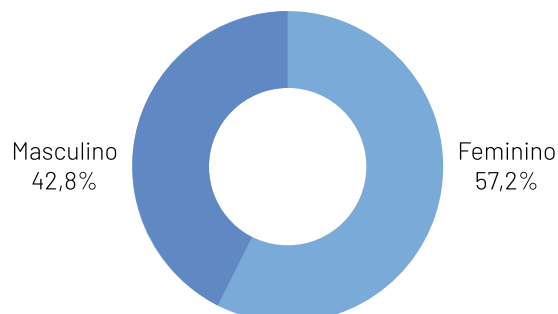
Na faixa etária de 12 a 17 anos, novamente a Regional Tatuquara com uma alta taxa de internamento (34,5 por mil), desta vez 55% maior que a de Curitiba (22,2 por mil).

Tabela 3.5.7: Taxa de internamento na faixa etária de 12 a 17 anos, por Regional, dos pacientes residentes em Curitiba

Regional		De 12 a 17 anos		
		Quant.	Pop.	Taxa*
1	Bairro Novo	394	16.350	24,1
2	Boa Vista	422	21.843	19,3
3	Boqueirão	308	18.834	16,4
4	Cajuru	428	20.987	20,4
5	CIC	432	19.855	21,8
6	Portão	198	13.722	14,4
7	Matriz	226	11.717	19,3
8	Pinheirinho	339	13.696	24,8
9	Santa Felicidade	206	13.067	15,8
10	Tatuquara	356	10.325	34,5
Não informado		255	-	-
Total		3.564	160.396	22,2

Fonte: SIH/SMS, 2016

Nota: * por mil habitantes



Os diagnósticos desta faixa etária merecem atenção, pois os internamentos por causas externas¹⁹ passam a ter destaque, principalmente para o gênero masculino. Nesta faixa etária, os gêneros são bem distintos quanto aos diagnósticos do internamento: foram 34,7% dos casos de internamento no gênero masculino tendo como principal diagnóstico as causas externas, sendo que no geral é de 17,7%; e, no gênero feminino em 32,0% dos diagnósticos foram complicações relacionadas predominantemente com o puerpério.

Quando observado o diagnóstico CID10 por Regional, Tatuquara se destaca com 41,8% dos internamentos do gênero feminino, pela causa de complicações relacionadas predominantemente com o puerpério. Lembramos que esta regional teve os maiores índices de gravidez na adolescência.

Já no gênero masculino, com as causas externas de internamento, destacam-se as Regionais CIC e Matriz, com um indicador de mais de 40%, (43,9 e 45,9%, respectivamente)

¹⁹ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, designada pela sigla CID, denomina causas externas como uma classificação de ocorrências e circunstâncias ambientais (lesões, envenenamento e outros efeitos adversos)(DATASUS, s/d)

Tabela 3.5.8: Diagnóstico do internamento na faixa etária de 12 a 17 anos

Diagnóstico do internamento*	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	653	32,0%	-	0,0%	653	18,3%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	101	5,0%	529	34,7%	630	17,7%
Doenças do aparelho digestivo	147	7,2%	157	10,3%	304	8,5%
Doenças do aparelho respiratório	133	6,5%	141	9,3%	274	7,7%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	108	5,3%	144	9,4%	252	7,1%
Doenças do aparelho geniturinário	89	4,4%	109	7,2%	198	5,6%
Neoplasias [Tumores]	54	2,6%	78	5,1%	132	3,7%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	66	3,2%	64	4,2%	130	3,6%
Más-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	48	2,4%	76	5,0%	124	3,5%
Complicações do trabalho de parto e parto	121	5,9%	-	0,0%	121	3,4%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	112	5,5%	-	0,0%	112	3,1%
Doenças do sistema nervoso	51	2,5%	39	2,6%	90	2,5%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	26	1,3%	51	3,3%	77	2,2%
Gravidez que termina em aborto	70	3,4%	-	0,0%	70	2,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32	1,6%	34	2,2%	66	1,9%
Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte	57	2,8%	-	0,0%	57	1,6%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais não classificados em outra parte	24	1,2%	24	1,6%	48	1,3%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	25	1,2%	22	1,4%	47	1,3%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	47	2,3%	-	0,0%	47	1,3%
Doenças do aparelho circulatório	17	0,8%	26	1,7%	43	1,2%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério	23	1,1%		0,0%	23	0,6%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	9	0,4%	12	0,8%	21	0,6%
Doenças do olho e anexos	14	0,7%	5	0,3%	19	0,5%
Transtornos mentais e comportamentais	4	0,2%	6	0,4%	10	0,3%
Anemias hemolíticas	6	0,3%	1	0,1%	7	0,2%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	1	0,0%	3	0,2%	4	0,1%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	-	0,0%	3	0,2%	3	0,1%
Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0,0%	-	0,0%	1	0,0%
Anemias nutricionais	1	0,0%	-	0,0%	1	0,0%
Total Geral	2.040	100,0%	1.524	100,0%	3.564	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

*Diagnóstico se refere aos capítulos do CID10

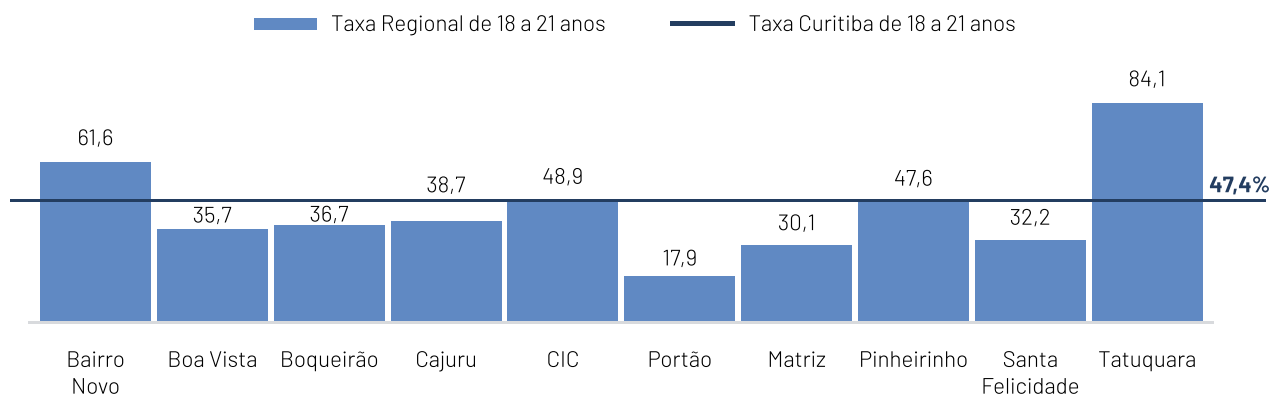
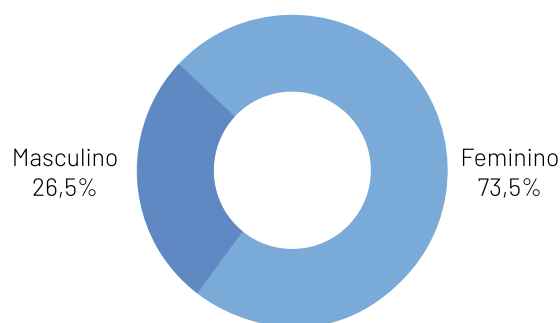
Na faixa etária de 18 a 21 anos, a taxa de internamento da Regional Tatuquara consegue ser ainda maior: 84,1 internamentos a cada mil habitantes entre 18 e 21 anos, enquanto Curitiba tem uma taxa de 47,4. A Regional apresenta uma taxa 77% maior que a do município. Nesta faixa etária ela não se destaca sozinha, a Regional Bairro Novo também apresenta uma taxa 30% maior que a do município.

Tabela 3.5.9: Taxa de internamento na faixa etária de 18 a 21 anos, por Regional, de pacientes residentes em Curitiba

Regional		De 18 a 21 anos		
		Quant.	Pop.	Taxa*
1	Bairro Novo	662	10.751	61,6
2	Boa Vista	572	16.011	35,7
3	Boqueirão	495	13.477	36,7
4	Cajuru	572	14.768	38,7
5	CIC	660	13.488	48,9
6	Portão	208	11.614	17,9
7	Matriz	447	14.837	30,1
8	Pinheirinho	487	10.221	47,6
9	Santa Felicidade	294	9.123	32,2
10	Tatuquara	502	5.972	84,1
Não informado		798	-	-
Total		5.697	120.262	47,4

Fonte: SIH/SMS, 2016.

Nota: * por mil habitantes



Novamente o diagnóstico se difere muito entre os gêneros, mas mantêm-se as duas principais causas de internamento: complicações relacionadas predominantemente com o puerpério e lesões (33,2% sendo que para o gênero feminino é de 45,1%); e, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (15,3%, sendo que para o gênero masculino é de 47,9%).

As mesmas regionais apontadas na faixa etária de 12 a 17 anos, apresentam-se novamente com destaque e, agora nas causas externas, acrescenta-se as Regionais Pinheirinho, Tatuquara e Bairro Novo, essas, mais as já comentadas CIC e Matriz, com índices de causa externa em torno de 55%.

Tabela 3.5.10: Diagnóstico do internamento na faixa etária de 18 a 21 anos

Diagnóstico do internamento*	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	1.889	45,1%	-	0,0%	1.889	33,2%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	151	3,6%	722	47,9%	873	15,3%
Complicações do trabalho de parto e parto	419	10,0%	-	0,0%	419	7,4%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	308	7,4%	-	0,0%	308	5,4%
Doenças do aparelho digestivo	164	3,9%	123	8,2%	287	5,0%
Doenças do aparelho respiratório	113	2,7%	101	6,7%	214	3,8%
Gravidez que termina em aborto	209	5,0%	-	0,0%	209	3,7%
Transtornos mentais e comportamentais	85	2,0%	107	7,1%	192	3,4%
Doenças do aparelho geniturinário	148	3,5%	42	2,8%	190	3,3%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	46	1,1%	106	7,0%	152	2,7%
Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte	152	3,6%	-	0,0%	152	2,7%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	146	3,5%	-	0,0%	146	2,6%
Neoplasias [Tumores]	47	1,1%	74	4,9%	121	2,1%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério	96	2,3%	-	0,0%	96	1,7%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	36	0,9%	57	3,8%	93	1,6%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	0,7%	22	1,5%	53	0,9%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinilaboratoriais não classificados em outra parte	21	0,5%	29	1,9%	50	0,9%
Doenças do sistema nervoso	21	0,5%	29	1,9%	50	0,9%
Más-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	23	0,5%	24	1,6%	47	0,8%
Doenças do aparelho circulatório	15	0,4%	24	1,6%	39	0,7%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	16	0,4%	23	1,5%	39	0,7%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	22	0,5%	8	0,5%	30	0,5%
Doenças do olho e anexos	9	0,2%	10	0,7%	19	0,3%
Algumas afecções originadas no período perinatal	8	0,2%	-	0,0%	8	0,1%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	0,1%	4	0,3%	8	0,1%
Anemias hemolíticas	3	0,1%	1	0,1%	4	0,1%
Anemias aplásticas e outras anemias	2	0,0%	1	0,1%	3	0,1%
Anemias nutricionais	2	0,0%	-	0,0%	2	0,0%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	2	0,0%	-	0,0%	2	0,0%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	1	0,0%	-	0,0%	1	0,0%
Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	-	0,0%	1	0,1%	1	0,0%
Total Geral	4.189	100,0%	1.508	100,0%	5.697	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

*Diagnóstico se refere aos capítulos do CID10

A seguir a Tabela 3.5.11, apresenta o tempo médio de internação, por faixa etária e por diagnóstico do internamento.

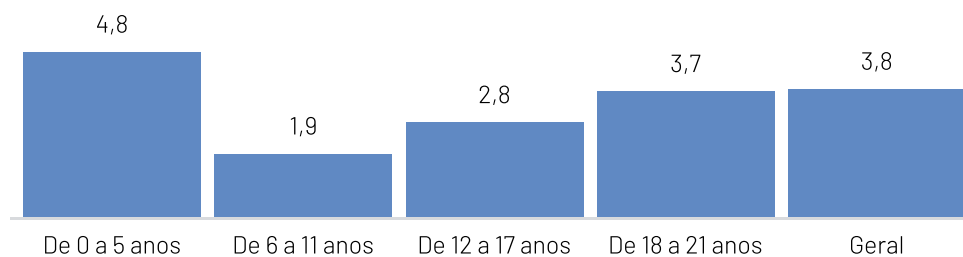
Tabela 3.5.11: Tempo médio em dias de internação, por grupo de doenças e faixa etária

Diagnóstico CID10 (Capítulo)	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total		
	Nº de Intern.	Média (dias)	Nº de Intern.	Média (dias)	Nº de Intern.	Média (dias)	Nº de Intern.	Média (dias)	Nº de Intern.	Média (dias)	(%)
Doenças do aparelho respiratório	2.085	3,4	618	1,6	274	2,9	214	3,1	3.191	3,0	15,4%
Algumas afecções originadas no período perinatal	2.662	7,9	-	-	1	4,0	8	1,8	2.671	7,9	12,9%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	-	-	-	-	653	3,0	1.889	2,7	2.542	2,8	12,2%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	468	2,5	400	2,0	630	2,6	873	3,3	2.371	2,7	11,4%
Doenças do aparelho geniturinário	882	1,0	282	1,0	198	3,3	190	2,9	1.552	1,5	7,5%
Doenças do aparelho digestivo	500	2,6	296	2,0	304	2,5	287	2,6	1.387	2,4	6,7%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	404	1,1	213	1,1	252	1,0	152	2,4	1.021	1,3	4,9%
Más-formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	404	6,1	152	1,3	124	2,2	47	1,5	727	4,1	3,5%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	391	7,4	101	4,8	66	7,3	53	10,1	611	7,2	2,9%
Neoplasias [Tumores]	159	6,0	143	4,3	132	4,1	121	5,4	555	5,0	2,7%
Complicações do trabalho de parto e parto	-	-	-	-	121	2,7	419	2,8	540	2,8	2,6%
Doenças do sistema nervoso	278	6,6	101	2,5	90	3,5	50	4,8	519	5,1	2,5%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	-	-	-	-	112	2,7	308	2,8	420	2,7	2,0%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	59	3,1	43	4,3	130	4,5	93	2,5	325	3,7	1,6%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinilaboratoriais não classificados em outra parte	147	2,4	73	3,5	48	2,6	50	2,1	318	2,6	1,5%
Gravidez que termina em aborto					70	0,9	209	1,0	279	1,0	1,3%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	68	5,2	126	0,9	47	5,7	30	7,2	271	3,5	1,3%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	52	1,5	47	0,5	77	1,4	39	1,7	215	1,3	1,0%
Outras afecções obstétricas, não classificadas em outra parte	-	-	-	-	57	3,1	152	2,8	209	2,9	1,0%
Transtornos mentais e comportamentais	-	-	1	2,0	10	2,1	192	25,8	203	24,5	1,0%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	-	-	-	-	47	2,6	146	2,6	193	2,6	0,9%

Doenças do aparelho circulatório	73	7,7	19	3,5	43	3,6	39	3,9	174	5,4	0,8%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	42	1,2	60	0,6	21	1,9	8	1,3	131	1,1	0,6%
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	23	3,1	96	3,5	119	3,4	0,6%
Doenças do olho e anexos	37	3,7	18	0,3	19	1,8	19	1,7	93	2,3	0,4%
Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	36	4,1	6	6,0	4	4,0	2	2,0	48	4,3	0,2%
Anemias hemolíticas	13	3,9	5	2,6	7	4,6	4	10,8	29	4,8	0,1%
Anemias aplásticas e outras anemias	11	17,8	2	22,5			3	4,7	16	15,9	0,1%
Defeitos de coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	8	2,5	3	4,0	3	3,7	1	4,0	15	3,1	0,1%
Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	11	0,0	-	-	-	-	1	1,0	12	0,1	0,1%
Anemias nutricionais	3	14,7			1	2,0	2	4,0	6	9,0	0,0%
Total	8.793	4,8	2.709	1,93	3.564	2,8	5.697	3,7	20.763	3,8	1,00

Fonte: SIH/SMS, 2016.
Intern.: Internações

Tempo médio de internação em dias, por faixa etária



A instituição que mais recebe internamento dos residentes de Curitiba (Tabela 3.5.12) é o Hospital Pequeno Príncipe, 22,9%, em segundo, o Hospital Trabalhador 17,1% e, o Hospital Evangélico com 16,1% dos internamentos. As internações dos não residentes (3.5.13) em Curitiba estão bem mais concentradas no Hospital Pequeno Príncipe (36,7%). Já, o Hospital Trabalhador que é o segundo mais procurado pelos residentes de Curitiba na faixa etária de 0 a 21 anos, não é procurado com tanta frequência pelos não residentes de Curitiba (7,0%). Para estes, o Hospital Evangélico e o Hospital de Clínicas são mais procurados (aproximadamente 12% das internações de não residentes em Curitiba).

Tabela 3.5.12: Instituições de atendimento por número de internações e faixa etária dos residentes em Curitiba

Nome da instituição de internação	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Pequeno Príncipe	2.792	31,8%	1.204	44,4%	729	20,5%	32	0,6%	4.757	22,9%
Trabalhador	886	10,1%	325	12,0%	862	24,2%	1.484	26,0%	3.557	17,1%
Evangélico	1.931	22,0%	330	12,2%	417	11,7%	657	11,5%	3.335	16,1%
Hospital de Clínicas	1.131	12,9%	256	9,4%	287	8,1%	339	6,0%	2.013	9,7%
Victor Amaral	556	6,3%	-	0,0%	216	6,1%	787	13,8%	1.559	7,5%
Cajuru	146	1,7%	229	8,5%	361	10,1%	532	9,3%	1.268	6,1%
Bairro Novo	323	3,7%	1	0,0%	210	5,9%	707	12,4%	1.241	6,0%
Mater Dei	171	1,9%	-	0,0%	188	5,3%	568	10,0%	927	4,5%
Menino Deus	511	5,8%	109	4,0%	32	0,9%	-	0,0%	652	3,1%
Abimed - Mad. Sofia	216	2,5%	168	6,2%	74	2,1%	94	1,6%	552	2,7%
Erasto Gaertner	62	0,7%	48	1,8%	71	2,0%	76	1,3%	257	1,2%
Outros	68	0,8%	39	1,4%	117	3,3%	421	7,4%	645	3,1%
Total	8.793	100,0%	2.709	100,0%	3.564	100,0%	5.697	100,0%	20.763	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

Tabela 3.5.13: Instituições de atendimento por número de internações e faixa etária dos NÃO residentes em Curitiba

Nome da instituição de atendimento	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total Quant.	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Pequeno Príncipe	4.452	44,4%	1.652	35,5%	73	2,0%	2.292	47,9%	8.469	36,7%
Evangélico	1.412	14,1%	533	11,5%	562	15,7%	412	8,6%	2.919	12,7%
Hospital de Clínicas	1.311	13,1%	521	11,2%	402	11,2%	632	13,2%	2.866	12,4%
Abimed - Mad. Sofia	635	6,3%	312	6,7%	228	6,4%	544	11,4%	1.719	7,5%
Mater Dei	258	2,6%	450	9,7%	962	26,8%	0	0,0%	1.670	7,2%
Trabalhador	581	5,8%	363	7,8%	427	11,9%	240	5,0%	1.611	7,0%
Menino Deus	889	8,9%	68	1,5%	1	0,0%	189	4,0%	1.147	5,0%
Cajuru	132	1,3%	287	6,2%	403	11,2%	190	4,0%	1.012	4,4%
Erasto Gaertner	221	2,2%	306	6,6%	116	3,2%	207	4,3%	850	3,7%
Outros	143	1,4%	157	3,4%	410	11,4%	74	1,5%	784	3,4%
Total Geral	10.034	100,0%	4.649	100,0%	3.584	100,0%	4.780	100,0%	23.047	100,0%

Fonte: SIH/SMS, 2016.

3.6 DEFICIÊNCIA

O IBGE, no último Censo, contabilizou 27.668 crianças ou adolescentes, com uma ou mais deficiências em Curitiba, o que equivale a 6,4% da população de 0 a 17 anos.

Tabela 3.6.1: Percentual de crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos com alguma deficiência por grau de dificuldade

Grau	Total Populacional de 0 a 17 anos	Quant.	(%)	
Alguma dificuldade	431.103	20.461	4,7%	Alguma dificuldade4,7%
Grande dificuldade	431.103	3.262	0,8%	Grande dificuldade0,8%
Não consegue de modo algum*	431.103	5.062	1,2%	Não consegue de modo algum1,2%
Total	431.103	27.668	6,4%	Uma ou mais deficiências6,4%

Fonte: Censo Demográfico – IBGE (Amostra), 2010.
*Terminologia utilizada pelo IBGE para categorizar pessoas com deficiência total (cegueira, surdez, etc.)
Nota: A informação desta tabela foi obtida através de dados amostrais do Censo de 2010. Como os resultados desta amostragem são projetados para a população, o total populacional sobre a projeção da amostra por faixa etária (431.103), tem uma pequena diferença do total populacional por faixa etária, em relação à contagem realizada no Censo Demográfico (431.522).

Na faixa etária de 18 a 21 anos, esse percentual aumenta para 10,8%, sendo um total de 13.053 jovens.

Tabela 3.6.2: Percentual de jovens de 18 a 21 anos, com alguma deficiência por grau de dificuldade

Grau	Total Populacional de 18 a 21 anos	Quant.	(%)	
Alguma dificuldade	120.613	10.200	8,5%	Alguma dificuldade8,5%
Grande dificuldade	120.613	1.717	1,4%	Grande dificuldade1,4%
Não consegue de modo algum	120.613	1.637	1,4%	Não consegue de modo algum1,4%
Total	120.613	13.053	10,8%	Uma ou mais deficiências10,8%

Fonte: Censo Demográfico – IBGE (Amostra), 2010.
Nota: A informação desta tabela foi obtida através de dados amostrais do Censo de 2010. Como os resultados desta amostragem são projetados para a população, o total populacional sob a projeção da amostra por faixa etária (120.594), tem uma pequena diferença do total populacional por faixa etária em relação à contagem realizada no Censo Demográfico (120.262).

A deficiência intelectual é a mais incidente na faixa etária de 0 a 17 anos, tendo 0,8% da população.

Tabela 3.6.3: Percentual de crianças e adolescente de 0 a 17 anos com alguma deficiência por grau de dificuldade e tipo de deficiência

Grau	Visual		Auditiva		Física/Motora		Intelectual	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Nenhuma dificuldade	410.684	95,3%	427.245	99,1%	428.130	99,3%	427.759	99,2%
Alguma dificuldade	16.989	3,9%	2.541	0,6%	1.393	0,3%		0,0%
Grande dificuldade	2.277	0,5%	556	0,1%	582	0,1%		0,0%
Não consegue de modo algum	1.093	0,3%	701	0,2%	917	0,2%	3.284	0,8%
Total	431.103	100,0%	431.103	100,0%	431.103	100,0%	431.103	100,0%

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.
Nota: A informação desta tabela foi obtida através de dados amostrais do Censo de 2010. Como os resultados desta amostragem são projetados para a população, o total populacional sob a projeção da amostra por faixa etária (431.103), tem uma pequena diferença do total populacional por faixa etária em relação à contagem realizada no Censo Demográfico (431.522).

Na faixa etária de 18 a 21 anos, as deficiências intelectual e visual, aumentam para 0,9% e 0,4% respectivamente.

Tabela 3.6.4: Percentual de crianças e adolescente de 18 a 21 anos, com alguma deficiência, por grau de dificuldade e tipo de deficiência

Grau	Visual		Auditiva		Física/Motora		Intelectual	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Nenhuma dificuldade	110.281	91,4%	118.803	98,5%	119.333	98,9%	119.518	99,1%
Alguma dificuldade	8.531	7,1%	1.342	1,1%	753	0,6%		0,0%
Grande dificuldade	1.321	1,1%	252	0,2%	237	0,2%		0,0%
Não consegue de modo algum	461	0,4%	216	0,2%	290	0,2%	1.095	0,9%
Total	120.594	100,0%	120.613	100,0%	120.613	100,0%	120.613	100,0%

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

Nota: A informação desta tabela foi obtida através de dados amostrais do Censo de 2010. Como os resultados desta amostragem são projetados para a população, o total populacional sob a projeção da amostra por faixa etária (120.594), tem uma pequena diferença do total populacional por faixa etária na contagem realizada no Censo Demográfico (120.262).

Focando nas deficiências declaradas com um grau de “grande dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para deficiência Visual, Motora e Auditiva e “Sim” para Intelectual, os percentuais foram analisados por Regional: A Regional Boqueirão apresenta o maior percentual de deficientes na faixa etária de 0 a 17 anos (2,3%), 28% maior que o percentual médio de Curitiba (1,8%). Na faixa etária dos jovens, a Regional Tatuquara apresenta o maior percentual (3,9), 44% maior que a média de Curitiba (2,7%).

Tabela 3.6.5: Percentual de deficientes por faixa etária e por regional, considerando o grau de deficiência declarado: “Grande dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para deficiência Visual, Motora e Auditiva e “Sim” para Intelectual.

Regional	Total	De 0 a 17 anos		Total	De 18 a 21 anos	
		Uma ou mais deficiência	(%)		Uma ou mais deficiência	(%)
1 Bairro Novo	43.834	978	2,2%	11.307	398	3,5%
2 Boa Vista	58.865	1.068	1,8%	15.447	531	3,4%
3 Boqueirão	51.175	1.172	2,3%	13.162	326	2,5%
4 Cajuru	55.914	1.200	2,1%	15.065	446	3,0%
5 CIC	53.569	876	1,6%	13.075	325	2,5%
6 Portão	35.470	397	1,1%	11.898	264	2,2%
7 Matriz	31.598	536	1,7%	15.447	187	1,2%
8 Pinheirinho	36.643	561	1,5%	9.804	263	2,7%
9 Santa Felicidade	35.440	696	2,0%	9.521	285	3,0%
10 Tatuquara	28.595	436	1,5%	5.886	232	3,9%
Total	431.103	7.920	1,8%	120.613	3.258	2,7%

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

Nota: A informação desta tabela foi obtida através de dados amostrais do Censo de 2010. Como os resultados desta amostragem são projetados para a população, o total populacional sob a projeção da amostra por faixa etária (120.594), tem uma pequena diferença do total populacional por faixa etária na contagem realizada no Censo Demográfico (120.262). Para ver método de aproximação verificar metodologia no Volume I deste diagnóstico.

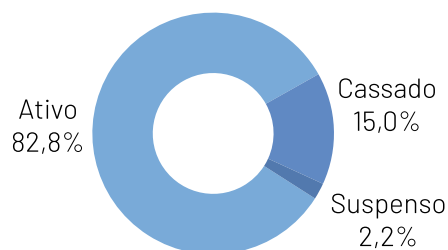
3.6.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA DEFICIÊNCIA²⁰

Em 2016 foram 3.381 Benefícios de Prestação Continuada – BPC para Pessoa com Deficiência – PcD, sendo que 15,0% foram cessados e 2,2% suspensos, terminando o ano de 2016 com 2.800 benefícios ativos.

Tabela 3.6.6: Situação do BPC para PcD no final de 2016

Situação	Quant.	(%)
Ativo	2.800	82,8%
Cessado	507	15,0%
Suspensão	74	2,2%
Total	3.381	100,0%

Fonte: BPC PcD/FAS, 2016.

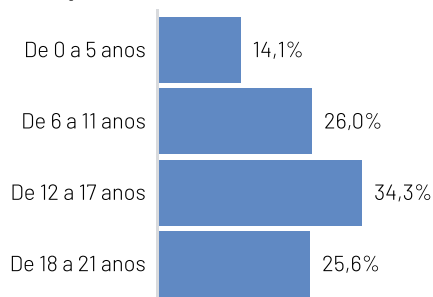


Das 2.800 pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC, 34,3% tem entre 12 e 17 anos.

Tabela 3.6.7: Percentual de ativos por faixa etária de recebimento do BPC para PcD, no final de 2016

Faixa etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	394	14,1%
De 6 a 11 anos	727	26,0%
De 12 a 17 anos	961	34,3%
De 18 a 21 anos	718	25,6%
Total	2.800	100,0%

Fonte: BPC PcD/FAS, 2016.



Em média, 26,3% das crianças e adolescentes com “Grande dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para deficiência Visual, Motora e Auditiva e “Sim” para Intelectual recebem o BPC. Para os jovens este percentual é de 22,0%.

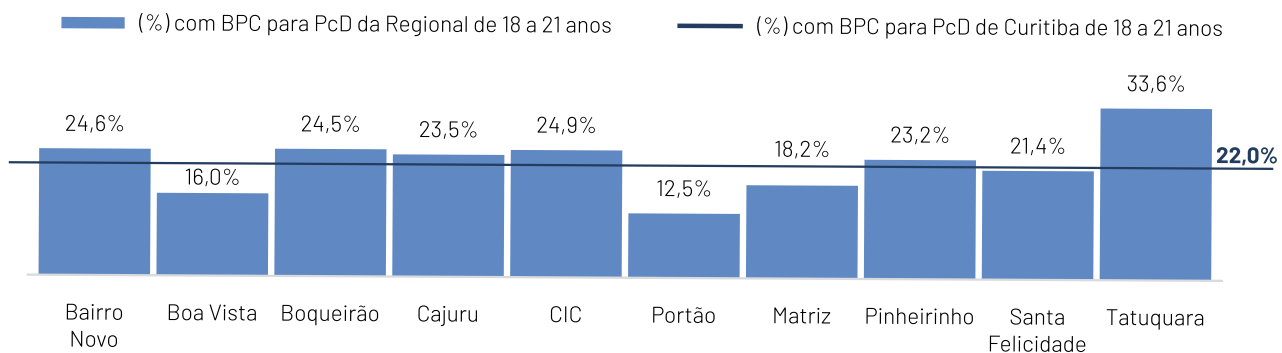
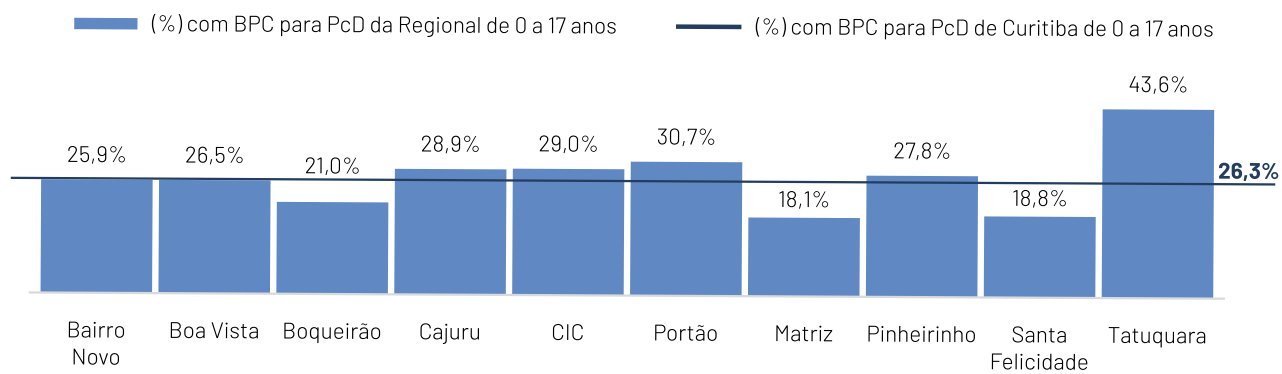
Tabela 3.6.8: Percentual de pessoas que recebem o BPC para PcD, estimado em cima do total de pessoas com “Grande dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para deficiência Visual, Motora e Auditiva e “Sim” para Intelectual estimada pela pesquisa amostral do Censo Demográfico do IBGE

Regional		De 0 a 17 anos			De 18 a 21 anos		
		Quant.	Pop*	(%)	Quant.	Pop*	(%)
1	Bairro Novo	253	978	25,9%	98	398	24,6%
2	Boa Vista	283	1.068	26,5%	85	531	16,0%
3	Boqueirão	246	1.172	21,0%	80	326	24,5%
4	Cajuru	347	1.200	28,9%	105	446	23,5%
5	CIC	254	876	29,0%	81	325	24,9%
6	Portão	122	397	30,7%	33	264	12,5%
7	Matriz	97	536	18,1%	34	187	18,2%
8	Pinheirinho	156	561	27,8%	61	263	23,2%
9	Santa Felicidade	131	696	18,8%	61	285	21,4%
10	Tatuquara	190	436	43,6%	78	232	33,6%
Outros municípios da RM		1	-	-	1	-	-
Não informado		2	-	-	1	-	-
Total		2.082	7.920	26,3%	718	3.257	22,0%

Fonte: BPC PcD/FAS, 2016.

Nota: *População total de pessoas com “Grande dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para deficiência Visual, Motora e Auditiva e “Sim” para Intelectual estimada pela pesquisa amostral do Censo Demográfico do IBGE.

²⁰ Neste relatório vamos tratar apenas do BPC, os programas voltados a educação serão tratados no Produto 5, relatório referente ao direito à Educação, Esporte, Cultura e Lazer.



3.6.2 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC QUE ATUAM COM O TEMA DEFICIÊNCIA

Curitiba conta com uma rede de 12 instituições não governamentais que atuam com Pessoas com Deficiência PcD, descritas a seguir.

ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E PROMOÇÃO SOCIAL DO FISSURADO LÁBIO PALATAL – AFISSUR/CAIF

O principal objetivo do CAIF/AFISSUR é promover a reabilitação estética e funcional, assim como a reintegração dos portadores de anomalias craniofaciais na sociedade. Desse modo, disponibiliza uma completa estrutura de atendimento com todas as áreas relacionadas ao processo de reabilitação, envolvendo não somente a área clínica, mas também as áreas psicológica, social e educacional/escolar. Profissionais envolvidos: Cirurgião Plástico; Cirurgião Craniomaxilofacial; Neurocirurgião; Otorrinolaringologista; Pediatra; Clínico geral; Anestesiologista; Geneticista; Fonoaudiólogo; Odontólogo (Cirurgia Bucomaxilofacial, Prótese Dentária, Ortodontia, Odontopediatra, Endodontia e Periodontia); Psicólogo; Nutricionista; Serviço Social; Enfermagem e Aprendizagem/Escola.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE RENASCER – ASCER

A Associação Beneficente Renascer é uma OSC, que conta com profissionais comprometidos (médicos, professores especializados, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) com a proposta de atuar em favor das crianças/adolescentes com TGD – transtornos globais do desenvolvimento (psicose infantil e autismo); tem-se como público em maioria a população da periferia de Curitiba, que se encontra em risco social além das dificuldades de aprendizagem e adaptação no ambiente escolar. Tem como missão: Proporcionar a inclusão social, na escola e no mercado de trabalho, às crianças, adolescentes ou adultos jovens com dificuldades emocionais e comportamentais nos diversos graus.

INSTITUTO DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM EQUOTERAPIA E RESPONSABILIDADE SOCIAL – IAPE

A equoterapia é uma técnica cientificamente comprovada, sendo em 1977 reconhecida como método terapêutico pelo Conselho Federal de Medicina. O motivo do uso do cavalo como instrumento terapêutico é devido à cadência dos passos do cavalo ser muito similares à do homem. A média de passos do homem é de aproximadamente de 110-120/minuto e um cavalo grande caminha a uma velocidade de 100 -120 passos por minuto. Durante uma sessão de 30 minutos, o cavaleiro será exposto e terá oportunidade de desenvolver diversas habilidades motoras, sendo levado a centenas de deslocamentos específicos para se manter na posição montada adequada, equilibrando-se na linha média em harmonia com os movimentos do cavalo. A interação com o animal desde os primeiros contatos e cuidados preliminares até a montaria desenvolve novas formas de comunicação, socialização e autoestima, sendo assim essencial para sua reabilitação física e psíquica. O movimento do dorso do cavalo transferido ao cavaleiro, o vínculo emocional desencadeado por esta prática e a integração sensorial são alguns dos objetivos principais atingidos através da escolha correta do animal. O cavalo traz grandes contribuições para crianças com paralisia cerebral solicitando ao seu sistema nervoso central funções neuromusculares exteroceptivas e proprioceptivas durante os exercícios. Em caso de espasticidade (aumento do tônus muscular), o relaxamento e a adequação da postura acontecem desde que seja feita em solo macio e com o cavalo ao passo. Por isso a areia utilizada na pista de equoterapia é fundamental para que o impacto durante o passo do cavalo seja menor, adequando o tônus do paciente e relaxando a musculatura mais acometida. A equoterapia é formada por uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, psicólogos, instrutor de equitação e auxiliares-guia.

ASSOCIAÇÃO FEMININA DE AMPARO AO DEFICIENTE E RECÉM-NASCIDO – AFAN

A instituição trabalha a construção dos conceitos formais, oriundos do conhecimento sistematizado cientificamente, respeitando a especificidade da área visual e a limitação de cada indivíduo, proporcionando às crianças e adolescentes, condições para o desenvolvimento de sua autonomia entendida como capacidade de posicionar-se diante da realidade, fazendo escolhas, estabelecendo critérios, participando da gestão de ações coletivas, na busca da identidade própria de cada educando, o reconhecimento e a valorização de suas diferenças e potencialidades, bem como aprendizagem, como base para a constituição e ampliação de valores, atitudes, conhecimentos que levarão à sua integração e inclusão na sociedade. Proporcionar ao educando também condições que possibilitem o conhecimento, o desenvolvimento de suas capacidades e o estímulo dos sentidos remanescentes através de atividades lúdicas e complementares, que o prepare para a vida social e acadêmica.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AO CIDADÃO COM CÂNCER E ESPECIAL CARENTE - ABRACCE

Trabalha na área social e da saúde, fazendo atendimentos pontuais nas áreas de psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, oficinas terapêuticas de música e de arte terapia, acupuntura auricular.

O público atendido pela ABRACCE são crianças com deficiência neurológica, câncer neurológico, síndromes e autismo. Na ABRACCE não se dá alta a paciente com deficiência crônica, o dever é acolher esses usuários que não encontram tratamento semelhante em outras instituições públicas ou privadas.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS, AMIGOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO BANCO DO BRASIL E DA COMUNIDADE - APABB

A partir de junho de 1986, um grupo de funcionários do Banco do Brasil em São Paulo, pais de pessoas com deficiência, começaram a se reunir, tendo por motivação a genérica vivência dos mesmos problemas e enfrentamento dos mesmos desafios, fundando assim a APABB (Associação de Pais, Amigos e Pessoas com deficiência do Banco do Brasil e da comunidade). A notícia da existência do "grupo" foi se espalhando e outros funcionários do Banco do Brasil, inclusive de outros Estados, tendo ou não familiares com deficiência, foram se aproximando. Foi neste clima de ajuda mútua que a associação surgiu no cenário nacional e outros estados montaram núcleos. O núcleo Regional Paraná foi fundado em 1998. A APABB tem como objetivo apoiar as famílias em situações diversas: momento da notícia, situações de crise, dúvidas sobre tratamentos e recursos especializados; orientar, encaminhar e acompanhar o desenvolvimento da pessoa com deficiência e sua família; promover o convívio e troca de experiências através da socialização para a pessoa com deficiência; defender e disseminar a concepção da inclusão da pessoa com deficiência na sociedade; defender e disseminar o direito ao exercício da cidadania.

ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DO PARANÁ

Associação dos Deficientes Físicos do Paraná é uma organização do terceiro setor, fundada em 1979 com o objetivo de instituir e coordenar amplos serviços de assistência e reabilitação aos deficientes físicos. Esta organização tem como prioridade o respeito ao ser humano, independente do grau de comprometimento físico e situação social e econômica que venha a possuir. A missão é creditar e desenvolver a independência e autonomia da Pessoa com Deficiência Física nas suas relações sociais através da reabilitação e habilitação física, social, cultural, profissional e esportiva.

ASSOCIAÇÃO DOS FENILCETONÚRICOS E HOMOCISTINÚRICOS DO PARANÁ

Associação dos Fenilcetonúricos e Homocistinúricos do Paraná (AFEH) presta assistência oferecendo alimentação para crianças Fenilcetonúricos - deficiência genética, hereditária e se caracteriza pela falta de uma enzima em maiores ou menores proporções, impedindo que o organismo metabolize e elimine o aminoácido fenilalanina. Este, em excesso no sangue é tóxico, atacando principalmente o cérebro e causando deficiência mental entre outros problemas. As crianças junto a suas famílias vão à instituição buscar a alimentação.

INSTITUTO DE HABILITAÇÃO E ORIENTAÇÃO DO EXCEPCIONAL DO PARANÁ - IHOEPAR

De acordo com a potencialidade e interesse do usuário, este é encaminhado para atividade em Oficina de Cartonagem, Papel Reciclado, Confeção de Velas ou Qualidade de Vida. Nas oficinas o usuário, além da atividade artesanal propriamente dita, tem conteúdos para o desenvolvimento de potencialidade visando o desenvolvimento de sua autonomia e/ou encaminhamento para o Mundo do Trabalho.

São ofertadas atividades de cunho artístico (Oficina de música).

São ofertadas atividades de reforço em AVAS (Atividade de Vida Autônoma e Social) e AVD (Atividade de Vida Diária). O usuário recebe alimentação e as orientações para aquisição de bons hábitos alimentares bem como de boa convivência comunitária e social.

São realizadas atividades de socialização com participação em eventos da comunidade, eventos culturais (teatro, museus, parques e eventos esportivos).

É realizado um levantamento diagnóstico da relação familiar dos integrantes da família com a pessoa com deficiência visando detectar possíveis intercorrências que dificultem o convívio familiar e social do usuário, bem como desenvolvimento de novos hábitos de convivência pelo usuário. Os usuários são orientados por professores pedagogos nas atividades das oficinas, profissionais da educação física e arte, além do acompanhamento do Serviço Social.

INSTITUTO ZECA MUGGIATI

Entidade sem fins lucrativos que tem por objetivo promover ações beneficentes relacionadas à assistência social, saúde, educação e meio ambiente. O Projeto Digo X, tem como objetivo difundir informações sobre a Síndrome do X Frágil, com o intuito de ampliar o conhecimento e a conscientização da população, realizando orientações por telefone ou presencial para família e pessoas com a síndrome. Atualmente existem 113 pessoas com a síndrome cadastradas no Paraná. Sendo 48 em Curitiba e 25 na Região Metropolitana. A Síndrome do X Frágil é uma afecção genética ainda pouco conhecida e difundida, que afeta o desenvolvimento intelectual, o comportamento e provoca atrasos na fala.

É causada por uma mutação em um gene (FMR1) que inibe ou reduz a produção de uma proteína (FMRP) essencial para o desenvolvimento do sistema nervoso e de várias funções cerebrais.

Devido à alta probabilidade de transmissão; a cada gravidez as mulheres afetadas têm 50% de chances de ter um filho com a SXF, o Instituto concentra suas atividades nas famílias.

ASSOCIAÇÃO REVIVER DOWN - REVIVER

É uma entidade sem fins lucrativos que reúne pais, pessoas com síndrome de Down e profissionais afins interessados por uma causa comum, melhorar a qualidade de vida e proporcionar maiores oportunidades para essa parcela da população. A Associação Reviver Down foi fundada em 22 de maio de 1993, com o nome “Reviver Programa Down”, vinculado à Associação Metodista de Ação Social-AMAS, fruto da intenção de um pastor que havia perdido um filho com Síndrome de Down e da mãe de um garoto com síndrome de Down. Em 30 de Abril de 1996, pais e colaboradores fortificados e dispostos reuniram-se e fundaram a Associação Reviver Down.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

É uma organização não governamental, mantenedora do Hospital Pequeno Príncipe, sem fins lucrativos que reinveste nas atividades de saúde, ensino e pesquisa todo o resultado obtido. Fundada em 1956 por um grupo de voluntários, a Associação vem, desde então, viabilizando a existência e ampliação dos serviços de saúde por meio de uma permanente mobilização de pessoas, entidades e recursos para esse fim. A Associação possui dois projetos no tema, um é o Programa de Apoio, Proteção e Assistência às Crianças e Adolescentes com Mielomeningocele (Programa Appam), e o outro é o Projeto Utopia voltado a crianças e adolescentes com transtorno ou deficiência mental, intelectual, múltipla e de autismo.

Fonte: OSC, 2017.

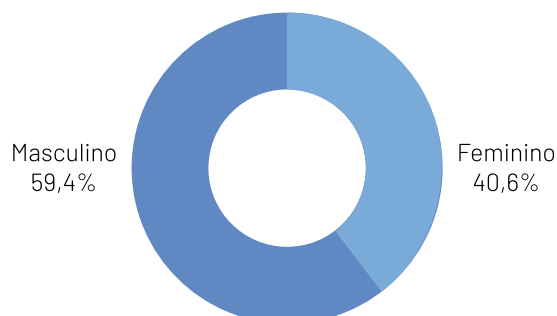
As instituições acima, juntas atenderam mais de 2.000²¹ crianças, adolescentes e jovens com alguma deficiência no decorrer do ano de 2016. A maioria dos atendidos é do gênero masculino (59,4%) e nas faixas etárias mais novas, principalmente na de 6 a 11 anos (34,8%).

²¹ Duas instituições não forneceram dados de seus atendimentos.

Tabela 3.6.9: Perfil das PcD atendidas nas instituições

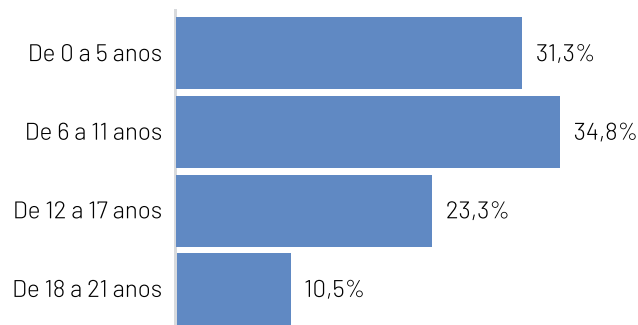
Resposta	Quant.	(%)
Feminino	795	40,6%
Masculino	1.164	59,4%
Total	1.959	100,0%

Fonte: OSC, 2016.



Resposta	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	614	31,3%
De 6 a 11 anos	682	34,8%
De 12 a 17 anos	457	23,3%
De 18 a 21 anos	206	10,5%
Total	1.959	100,0

Fonte: OSC, 2016.



Do total de atendimentos, 18,9% são da RM de Curitiba e 33,2% de outros municípios do estado do Paraná. Os residentes em Curitiba representam 44,5% deste total.

Tabela 3.6.10: Atendimentos por região de residência

Região		De 0 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	Bairro Novo	57	3,1%	3	1,5%	60	2,9%
2	Boa Vista	103	5,6%	22	10,7%	125	6,1%
3	Boqueirão	71	3,9%	4	1,9%	75	3,7%
4	Cajuru	97	5,3%	9	4,4%	106	5,2%
5	CIC	76	4,2%	5	2,4%	81	4,0%
6	Portão	54	3,0%	12	5,8%	66	3,2%
7	Matriz	198	10,8%	16	7,8%	214	10,5%
8	Pinheirinho	56	3,1%	6	2,9%	62	3,0%
9	Santa Felicidade	68	3,7%	5	2,4%	73	3,6%
10	Tatuquara	33	1,8%	2	1,0%	35	1,7%
	Outros municípios da RM	343	18,8%	41	19,9%	384	18,9%
	Outros Municípios do PR	609	33,3%	66	32,0%	675	33,2%
	Outros Estados	46	2,5%	5	2,4%	51	2,5%
	Não informado	18	1,0%	10	4,9%	28	1,4%
Total		1.829	100,0%	206	100,0%	2.035	100,0%

Fonte: OSC, 2016.

3.6.3 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE COM PAIS/RESPONSÁVEIS DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Utilizou-se nesta entrevista uma abordagem antropológica, de cunho essencialmente qualitativo, com a valorização e análise do discurso das pessoas pesquisadas, procurando apreender a sua compreensão e sua visão de mundo em relação aos pontos pesquisados. Não cabe aqui nenhum juízo de valor sobre estas opiniões (“certas” ou “erradas”), mas somente que dizem respeito a um olhar que pode contribuir muito para a apreensão da realidade e para a compreensão da efetividade do SGDCA.

Também é importante salientar que a pesquisa qualitativa aqui utilizada (descrição densa), não se preocupa com a quantidade da amostra, mas, procurando aprofundar-se na visão de mundo de algumas “situações-tipo” ou “personagens-tipo”, os quais compõem um universo muito mais amplo, apresentando “traços de regularidades” que podem ser extrapolados para um universo mais abrangente, sem considerar esses traços como “verdades absolutas”, mas como tendências que apontam para uma descrição da realidade.

As entrevistas serão apresentadas em cada tema, no final da análise dos indicadores trazendo a percepção e a possibilidade de uma análise com relatos de jovens e adultos que vivenciam a situação.

Optou-se por entrevista informais, as quais são as menos estruturadas possíveis e só se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados e obtenção de uma visão geral do tema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos do mesmo.

Neste caso, a entrevista teve como objetivo conhecer as implicações de ser o responsável por uma criança com deficiência no município de Curitiba, as dificuldades, desafios, esperanças e a percepção das políticas públicas no que diz respeito ao acesso a serviços de cuidado, proteção e desenvolvimento da criança.

V. é mãe de N., uma menina de 5 anos de idade com síndrome do espectro autista. A família mora na CIC – Cidade Industrial de Curitiba, e não tem renda fixa. N. é filha única, nasceu de parto normal, e quando tinha 8 meses de idade, seus pais começaram a notar alguns distúrbios de comportamento, relativos ao nervosismo e à agitação da criança. Quando tinha cerca de 2 anos, o pediatra recomendou que os pais fizessem uma investigação mais apurada, pois a criança apresentava comportamentos incomuns (não falava como as demais e não interagia). Após passarem por outros médicos, o neurologista confirmou então o diagnóstico de autismo, com 2 anos e meio de idade.

Com o diagnóstico em mãos, a família começou a pesquisar por conta própria a respeito do problema, a fim de oferecer a N. o melhor tratamento possível. Até então, V., seu companheiro e o restante da família não conheciam quase nada sobre o autismo. A família iniciou uma busca pelos profissionais que pudessem dar à filha os tratamentos adequados para o seu desenvolvimento. Os primeiros (um psicólogo e uma fonoaudióloga) não atenderam a expectativa da família. Para tentar facilitar, a família buscou alternativas de espaços onde todos os tratamentos de que N. precisaria pudessem ser oferecidos conjuntamente, mas não encontraram. À época, a prefeitura estava inaugurando uma clínica que atenderia crianças autistas, mas V. não procurou, pois ouviu que a demanda era muito grande e não haveria vagas. V. procurou então uma escola especial, pública, para crianças de 0 a 6 anos de idade, que oferecia as terapias de que N. precisava (fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional). Após uma avaliação técnica, 6 meses depois a filha teve a vaga na escola.

Atualmente, N. frequenta outra escola para crianças especiais, no período da tarde, e faz os tratamentos especializados em diferentes espaços, pela manhã, incluindo musicoterapia e equoterapia. Para dar conta de todas estas atividades com a filha, V. percorre diariamente um longo trajeto: mora na CIC, a musicoterapia é no Cabral, e equoterapia é em Campo Magro, as demais terapias são no Prado Velho. A família optou por não utilizar as linhas de ônibus especializadas da prefeitura que fazem o transporte de crianças autistas – há ônibus que fazem este serviço de transporte para a escola e para as terapias especializadas – pois N. passaria muito tempo em deslocamento dentro dos ônibus, que atendem os trajetos das demais crianças.

Segundo V., a vida profissional da pessoa que acompanha o filho com este tipo de deficiência acaba sendo completamente anulada. Não é possível ter um horário fixo de trabalho, pois não existe um lugar onde a criança fique o dia inteiro. Os deslocamentos são constantes, a dedicação de ao menos um dos pais tem que ser praticamente de tempo integral. Como os lugares são distantes, V. utiliza um carro emprestado pela família, e afirma que não poderia oferecer todo este apoio para a filha se tivesse que fazer uso apenas do transporte coletivo.

V. participa também de uma rede de pais que conversam e trocam experiências entre si, participam de reuniões presenciais, eventos, bazares, e sessões especiais de cinema para crianças autistas.

As terapias regulares são oferecidas pelo Poder Público. No caso da equoterapia, a família primeiramente tentou a da Polícia, ficando quase 2 anos na fila. Hoje, ela faz em outro espaço, particular, onde N. tem uma bolsa com desconto que chega a 50% do valor - esta é a única terapia paga, que não é assistida pelo Poder Público. Por isso, V. considera que está bem assistida pelas políticas públicas. A porta de entrada para os serviços foi o CRAS do seu bairro, onde recebeu as orientações necessárias. A família procurou o CRAS por causa da situação da filha, e com isso pode conhecer os outros serviços oferecidos pela unidade. Para V., a cidade de Curitiba oferece uma boa rede de apoio, inclusive, segundo ela, muitas pessoas de outras cidades se mudam para Curitiba com o intuito de dar um melhor tratamento para o filho.

Alguns dos demais benefícios proporcionados à família são: isenção no transporte público, encaminhamentos para terapias e o BPC – Benefício de Prestação Continuada (um salário mínimo) – neste caso, pelo fato da família não possuir renda fixa, o que proporciona também desconto na conta de luz. V. tem conhecimento de que há outros benefícios oferecidos às famílias de crianças autistas para a compra e manutenção de veículos (diminuição de tributos), mas ainda não os acessou. Há também isenções e vantagens no transporte interestadual e aéreo.

V. acredita que muitas pessoas não conhecem todos os direitos e serviços oferecidos às famílias de crianças com deficiência: *“se você não for atrás, ninguém vai te pegar pela mão”*.

Embora sua filha esteja bem atendida, para ela seria necessário ampliar os serviços, especialmente em clínicas que concentrem todos os atendimentos direcionados a crianças autistas. No acesso às políticas e serviços públicos, a maior dificuldade está na área da saúde, pois, segundo ela, que é usuária do SUS, *“é uma batalha, os atendentes não entendem que eu tenho direito a marcar consulta especializada para minha filha, sem entrar na fila”*. V. Ela ainda informa que o acesso facilitado depende da compreensão do atendente no momento da marcação, ou seja, não há um procedimento claro e padrão orientado pela política que direcione a todos. Este comentário gera um questionamento sobre a compreensão da população referente as leis, sendo que uma delas fala sobre a prioridade (Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, dispõe sobre prioridade às pessoas nela especificadas, como, por exemplo, pessoas com deficiência, os idosos, as gestantes e outros) e sobre Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, sem priorizar atendimento à nenhuma pessoa especificamente²².

22 Leis disponíveis em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html e http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10048.htm

Para V. as terapias estão contribuindo decisivamente para o desenvolvimento da filha: *"hoje ela é outra criança. Hoje ela fala, canta, conversa"*. O desempenho na escola também é positivo, apesar da dificuldade de concentração. V. concorda com o conceito de educação inclusiva, e acha que a filha deve estar numa escola regular, mas desde que haja apoio para o atendimento diferenciado. Para ela, a escola pública está melhor preparada para a educação inclusiva de crianças autistas do que a escola privada, mas ainda há o problema do número elevado de crianças por sala de aula. Segundo ela, as escolas ainda têm dificuldades em ter os tutores em sala de aula para apoio às crianças. Por tudo isso, a mãe ainda não sabe o que vai fazer quando N. precisar ir para o primeiro ano na escola pública, e olha o futuro com muita preocupação. V. menciona o caso de outros pais de crianças autistas que tiveram experiências muito negativas com a inclusão na escola pública. Segundo a mãe, N. tem muita dificuldade de concentração e não para de se mexer, *"como é que uma professora vai dar conta"*?

Em termos de preconceitos sofridos, V. relata apenas o fato de que, como a deficiência de N. não é claramente visível no primeiro contato, já teve dificuldades em conseguir atendimento diferenciado em filas de banco, por exemplo, e sofreu a reprovação das pessoas ao estacionar o carro em vaga preferencial.

Com relação ao futuro da filha, V. afirma: *"nós estamos investindo para que, no futuro, ela tenha a maior autonomia possível"*. Ela tem muita esperança e confiança de que a filha faça uma faculdade e venha a atuar normalmente no mercado de trabalho, sendo uma pessoa produtiva e que contribua para a sociedade.

3.7 VACINAÇÃO

Os dados de vacinação foram fornecidos por totais de faixa etária e sexo na UBS. Foram priorizados para análise as vacinações indicadas até 12 meses conforme o Calendário de Vacinação da SMS de Curitiba e também a nova vacina do HPV.

Foram listadas na tabela a seguir, sete vacinas que são recomendadas em crianças de até 12 meses de vida, e a cobertura atingida foi calculada em relação ao número de nascidos vivos em 2016 (23.491). Em média, na rede pública, alcançou-se 89,5% dos nascidos vivos com as vacinas de aplicáveis até 12 meses.

Tabela 3.7.1: Cobertura estimada de vacinação em cima do total de nascidos vivos em 2016

Vacinas	Vacinações em crianças de até 12 meses	(%) em cima dos Nascidos Vivos
BCG	22.663	96,5%
Hepatite A	17.053	72,6%
Meningo C	23.474	99,9%
Pneumo 10 Valente	21.797	92,8%
Poliomielite Oral	17.239	73,4%
Tetraviral	21.188	90,2%
Triplíce Bacteriana (DPT)	21.561	91,8%
Triplíce Viral (VTV)	23.233	98,9%

MÉDIA DE VACINAÇÃO EM CRIANÇAS DE ATÉ 12 MESES É DE 89,5%

Fonte: SMS (Vacinas), 2016.
Nota: Total de nascidos vivos de 2016 (23.491)

Sobre a vacinação contra o HPV, em 2016 o público alvo eram meninas de 9 a 15 anos, e atingiu na primeira dose 14,6% e na segunda dose 12,2%.

Tabela 3.7.2: Cobertura estimada da vacina contra o HPV na população feminina de 9 a 15 anos

Vacina	Meninas Vacinadas	População de 9 a 15 anos Feminina	(%)
Dose 1	13.093	89.678	14,6%
Dose 2	10.975	89.678	12,2%
Dose 3	18	89.678	0,02%

Fonte: SMS (vacinas), 2016.
Nota: A terceira dose só é aplicada em casos específicos, por isso o número reduzido de imunizações.

3.8 TRANSTORNOS MENTAIS

Para análise deste tema foram utilizados os dados de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi, ambos são serviços do Sistema Único de Saúde destinados a prestar acompanhamento por equipe interdisciplinar, às pessoas com transtornos mentais. O objetivo é oferecer atendimento à população de respectiva área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos. Este trabalho preventivo e clínico visa evitar ao máximo, internações psiquiátricas, priorizando o tratamento próximo à comunidade (FEAES). Os dois serviços se diferenciam na faixa etária que atendem: o CAPS atende a faixa etária com 18 anos ou mais, e o CAPSi atende até 18 anos incompletos.

Iniciamos a análise mostrando os atendimentos²³ na faixa etária de 0 a 21 anos, encaminhados para o serviço, o qual teve no total 1.606 usuários atendidos no decorrer do ano de 2016²⁴, sendo que em 26,5% dos casos o atendimento identificou-se transtornos mentais não especificados e em 26,3%, transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas (informação da classificação do CID10).

A Tabela 3.8.1 mostra as diferenças nos diagnósticos do atendimento por faixa etária:

- De 0 a 5 anos, o principal diagnóstico é o transtorno do desenvolvimento psicológico (42,3%);
- Na faixa etária de 6 a 11 anos, destacam-se 2 diagnósticos: o transtorno não especificado (33,8%) e o transtorno comportamental e emocional que surgem na infância e adolescência, ambos com 33,8%;
- A partir da adolescência (12 anos ou mais) os transtornos por uso de substâncias psicoativas começam a ganhar relevância no atendimento, passam de 24,2% na faixa etária de 12 a 17 anos, para 59,2% na faixa etária de 18 a 21 anos.

²³ Lembramos que um usuário atendido no CAPS ou no CAPSi, gera vários atendimentos durante o ano. Iremos tratar aqui não o total de vezes que estes usuários foram atendidos, mas sim o total de usuários.

²⁴ Estes atendimentos também são ofertados em outros equipamentos da saúde. Os dados aqui apresentados se referem apenas aos atendidos nestes equipamentos específicos (CAPS e CAPSi).

Tabela 3.8.1: Diagnósticos de atendimento dos usuários do serviço do CAPS e do CAPSi por faixa etária

Diagnóstico do atendimento (CID10)	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Não informado		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Transtorno mental não especificado	28	26,9%	117	33,8%	176	23,6%	102	25,7%	3	25,0%	426	26,5%
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa	1	1,0%	1	0,3%	181	24,2%	235	59,2%	4	33,3%	422	26,3%
Transtornos comportamentais e emocionais que surgem na infância e adolescência	27	26,0%	117	33,8%	162	21,7%	7	1,8%	-	0,0%	313	19,5%
Transtornos do desenvolvimento psicológico	44	42,3%	91	26,3%	70	9,4%	2	0,5%	-	0,0%	207	12,9%
Transtornos do humor	-	0,0%	7	2,0%	81	10,8%	20	5,0%	2	16,7%	110	6,8%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1	1,0%	1	0,3%	18	2,4%	21	5,3%	-	0,0%	41	2,6%
Retardo mental	2	1,9%	3	0,9%	19	2,5%	12	3,0%	-	0,0%	36	2,2%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	2	1,9%	7	2,0%	19	2,5%	5	1,3%	-	0,0%	33	2,1%
Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	0,0%	2	0,6%	28	3,7%	1	0,3%	-	0,0%	31	1,9%
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	-	0,0%	2	0,6%		0,0%	9	2,3%	-	0,0%	11	0,7%
Não informado	-	0,0%	-	0,0%		0,0%	2	0,5%	4	33,3%	6	0,4%
Outros efeitos de causas externas e os não especificados	1	1,0%	-	0,0%	3	0,4%	-	0,0%	-	0,0%	4	0,2%
Transtornos episódicos e paroxísticos	-	0,0%	-	0,0%		0,0%	4	1,0%	-	0,0%	4	0,2%
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	-	0,0%	-	0,0%	2	0,3%	1	0,3%	-	0,0%	3	0,2%
Transtornos mentais e comportamentais	-	0,0%	-	0,0%		0,0%	3	0,8%	-	0,0%	3	0,2%
Pessoas com risco potencial à saúde, relacionadas com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais	-	0,0%	1	0,3%	1	0,1%		0,0%	-	0,0%	2	0,1%
Crianças, adolescentes e jovens atendidos	104	-	346	-	747	-	397	-	12	-	1.606	-

Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016

*O total de pacientes em atendimento no decorrer do ano de 2016 no CAPS e no CAPSi foi de 1.610, porém 4 desses não tinham residência na RM e foram excluídos da análise, ficando um total de 1.606.

Nota: A tabela não fecha 100% pois um atendimento pode ter mais de um diagnóstico – foram 1.606 usuários do serviço e foram identificados 1.652 diagnósticos de atendimento.

O gênero masculino prevalece em todas as faixas etárias, sempre com mais de 64,5% dos usuários atendidos, sendo ainda mais frequente na faixa etária de 0 a 5 anos com 76,9% dos atendidos.

Tabela 3.8.2: Gênero dos usuários atendidos

Faixa etária	Feminino		Masculino		Não informado		Total
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	
De 0 a 5 anos	24	23,1%	80	76,9%	-	-	104
De 6 a 11 anos	104	30,1%	241	69,7%	1	0,3%	346
De 12 a 17 anos	312	41,8%	435	58,2%	-	-	747
De 18 a 21 anos	125	31,5%	272	68,5%	-	-	397
Não informado	4	33,3%	8	66,7%	-	-	12
Total	569	35,4%	1036	64,5%	1	0,1%	1606

Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016

Indicador 7: Taxa de Usuários Atendidos no CAPS ou CAPSi

Definição: Número de usuários atendidos no CAPS ou CAPSi, por mil habitantes da mesma faixa etária e da região geográfica.

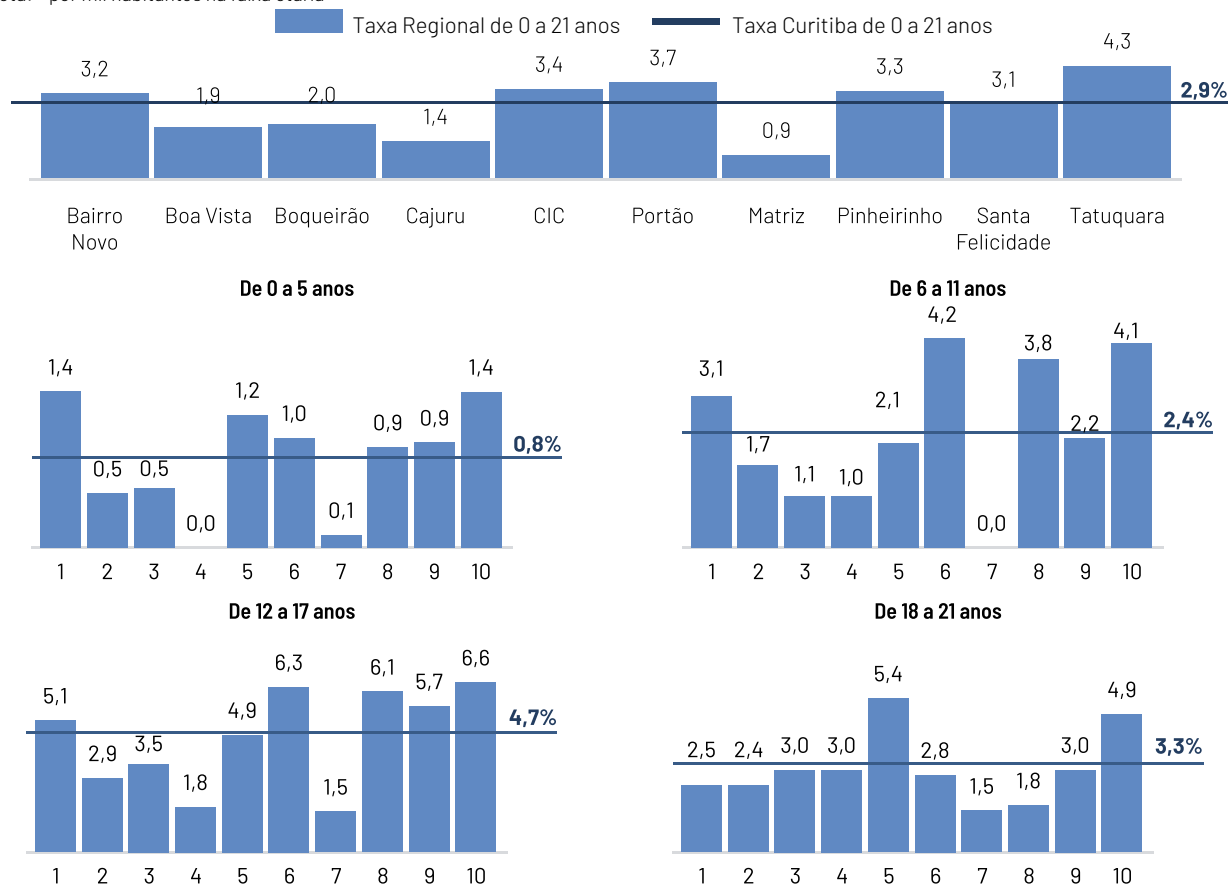
A taxa de usuários dos serviços do CAPS e CAPSi é de 2,9 a cada mil habitantes da mesma faixa etária de Curitiba (0 a 21 anos). Taxa esta que chega a 4,3 na Regional Tatuquara. Por faixa etária temos que a de 12 a 17 anos é a que mais acessa o serviço, 4,7 adolescentes a cada mil em Curitiba.

Tabela 3.8.3: Taxa de usuários atendidos por faixa etária no CAPS ou CAPSi, por Regional de encaminhamento²⁵

Regional	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		NI	Total	
	Quant.	Taxa*	Quant.	Taxa*	Quant.	Taxa*	Quant.	Taxa*	Quant.	Quant.	Taxa*
1 Bairro Novo	18	1,4	45	3,1	84	5,1	27	2,5	3	177	3,2
2 Boa Vista	8	0,5	32	1,7	63	2,9	39	2,4	2	144	1,9
3 Boqueirão	8	0,5	18	1,1	66	3,5	40	3,0	0	132	2,0
4 Cajuru	0	0,0	19	1,0	38	1,8	45	3,0	0	102	1,4
5 CIC	19	1,2	38	2,1	98	4,9	73	5,4	2	230	3,4
6 Portão	11	1,0	48	4,2	86	6,3	32	2,8	0	177	3,7
7 Matriz	1	0,1	0	0,0	18	1,5	22	1,5	1	42	0,9
8 Pinheirinho	10	0,9	45	3,8	84	6,1	18	1,8	0	157	3,3
9 Santa Felicidade	10	0,9	26	2,2	74	5,7	27	3,0	1	138	3,1
10 Tatuquara	12	1,4	40	4,1	68	6,6	29	4,9	1	150	4,3
Não informado	7	-	35	-	68	-	45	-	2	157	-
Total	104	0,8	346	2,4	747	4,7	397	3,3	12	1.606	2,9

Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016

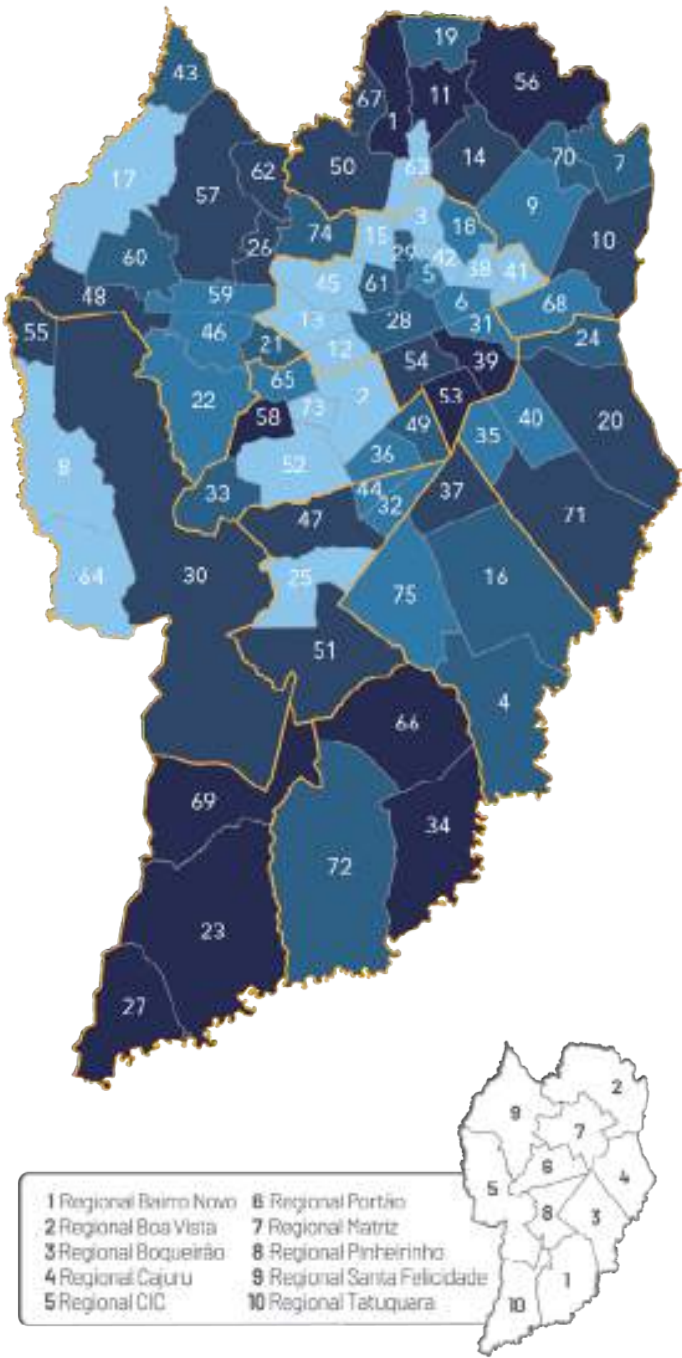
Nota: * por mil habitantes na faixa etária



25 As informações repassadas pela SMS não tinham a informação de bairro de residência dos usuários, por este motivo, considerou-se o endereço da unidade de encaminhamento ao CAPS ou CAPSi.

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Usuários do CAPS ou CAPSi na faixa etária de 0 a 17 anos.

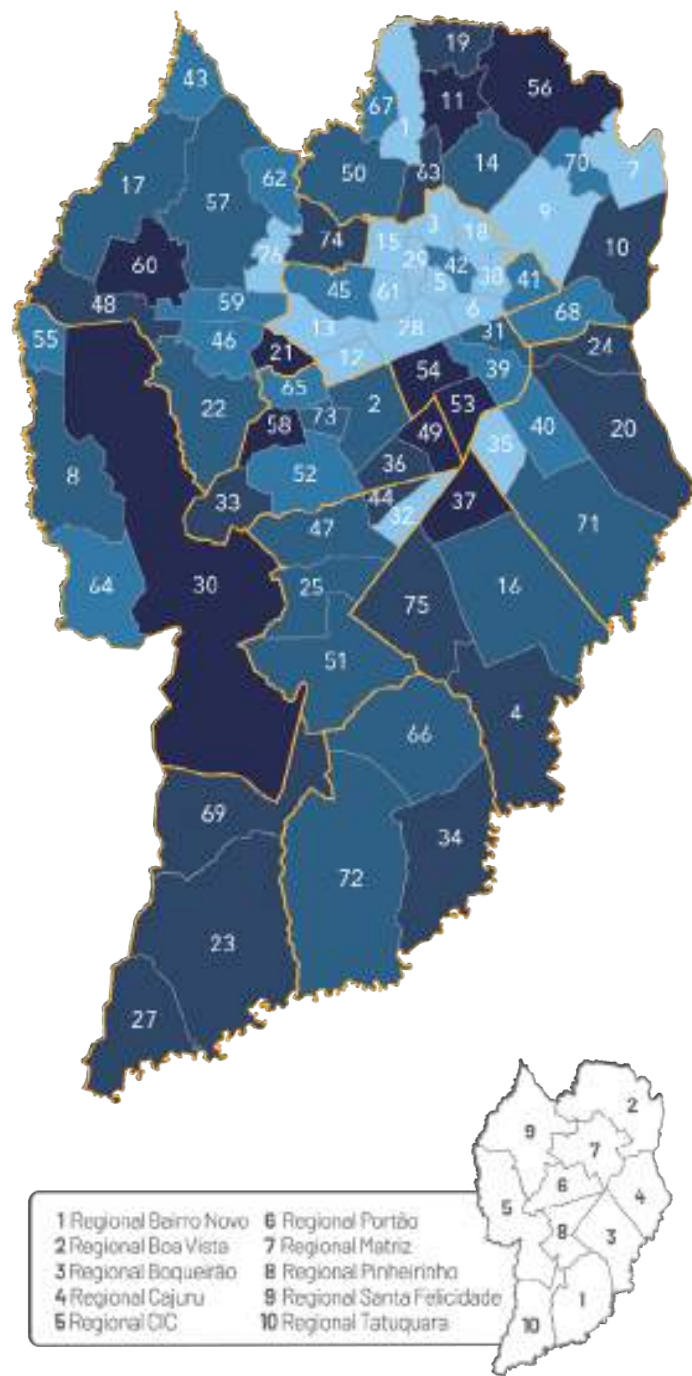
O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Atendimentos de 0 a 17 anos	População de 0 a 17 anos	Taxa de Atendimento 0 a 17 anos
Muito alto	58	Santa Quitéria	51	2.596	19,6
	34	Ganchinho	30	4.055	7,4
	60	São Braz	35	5.740	6,1
	33	Fazendinha	51	7.244	7,0
	44	Lindóia	13	2.110	6,2
	48	Orleans	18	2.000	9,0
	47	Novo Mundo	65	10.230	6,4
	21	Campina do Siqueira	7	1.387	5,0
	49	Parolin	22	3.329	6,6
	36	Guaíra	20	3.623	5,5
Alto	27	Caximba	7	861	8,1
	23	Campo de Santana	38	9.542	4,0
	69	Tatuquara	75	18.316	4,1
	37	Hauer	11	2.846	3,9
	30	CIC	154	49.900	3,1
	57	Santa Felicidade	23	7.668	3,0
	66	Sítio Cercado	100	34.236	2,9
	25	Capão Raso	24	8.542	2,8
	72	Umbará	17	5.951	2,9
	74	Vista Alegre	17	2.570	6,6
Médio	51	Pinheirinho	37	14.027	2,6
	10	Bairro Alto	24	11.504	2,1
	11	Barreirinha	8	4.062	2,0
	54	Rebouças	7	2.029	3,4
	9	Bacacheri	17	4.312	3,9
	4	Alto Boqueirão	34	14.710	2,3
	56	Santa Cândida	16	8.531	1,9
	19	Cachoeira	4	2.765	1,4
	16	Boqueirão	28	18.522	1,5
	75	Xaxim	19	14.842	1,3
Baixo	7	Atuba	3	4.262	0,7
	24	Capão da Imbuia	8	4.464	1,8
	70	Tingui	5	2.622	1,9
	61	São Francisco	6	842	7,1
	50	Pilarzinho	10	6.970	1,4
	20	Cajuru	35	26.264	1,3
	22	Campo Comprido	8	7.567	1,1
	63	São Lourenço	3	1.254	2,4
	1	Abranches	3	3.527	0,9
	53	Prado Velho	3	1.703	1,8
Muito baixo	71	Uberaba	14	20.373	0,7
	14	Boa Vista	10	6.249	1,6
	5	Alto da Glória	1	754	1,3
	17	Butiatuvinha	2	3.418	0,6
	73	Vila Izabel	1	1.961	0,5
	31	Cristo Rei	1	1.905	0,5
	8	Augusta	1	2.192	0,5
	13	Bigorrião	1	4.013	0,2
	68	Tarumã	0	1.557	0,0
	67	Taboão	0	854	0,0
	65	Seminário	0	1.078	0,0
	64	São Miguel	0	1.704	0,0
	62	São João	0	812	0,0
	59	Santo Inácio	0	1.464	0,0
	55	Riviera	0	73	0,0
	52	Portão	0	8.266	0,0
	46	Mossunguê	0	2.389	0,0
	45	Mercês	0	2.111	0,0
	43	Lamenha Pequena	0	327	0,0
	42	Juvevê	0	1.749	0,0
	41	Jardim Social	0	969	0,0
	40	Jardim das Américas	0	2.834	0,0
	39	Jardim Botânico	0	1.048	0,0
	38	Hugo Lange	0	586	0,0
	35	Guabirotuba	0	2.410	0,0
	32	Fanny	0	1.848	0,0
	29	Centro Cívico	0	605	0,0
	28	Centro	0	3.955	0,0
	26	Cascatinha	0	498	0,0
	18	Cabral	0	2.230	0,0
	15	Bom Retiro	0	850	0,0
	12	Batel	0	1.395	0,0
	6	Alto da Rua XV	0	1.230	0,0
	3	Ahú	0	2.050	0,0
	2	Água Verde	0	8.240	0,0

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Usuários do CAPS ou CAPSi na faixa etária de 18 a 21 anos.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Atendimentos de 18 a 21 anos	População de 18 a 21 anos	Taxa de Atendimento 18 a 21 anos
Muito alto	21 Campina do Siqueira	6	472	12,7
	58 Santa Quitéria	9	743	12,1
	49 Parolin	9	807	11,2
	54 Rebouças	15	1.388	10,8
	37 Hauer	9	845	10,7
	61 São Francisco	3	389	7,7
	56 Santa Cândida	14	2.163	6,5
	53 Prado Velho	3	499	6,0
	30 CIC	72	###	5,7
	11 Barreirinha	6	1.125	5,3
Alto	60 São Braz	8	1.510	5,3
	27 Caximba	1	193	5,2
	44 Lindóia	3	584	5,1
	24 Capão da Imbuia	7	1.378	5,1
	23 Campo de Santana	9	1.785	5,0
	33 Fazendinha	9	1.874	4,8
	69 Tatuquara	19	3.994	4,8
	74 Vista Alegre	3	641	4,7
	48 Orleans	2	465	4,3
	20 Cajuru	27	6.823	4,0
Médio	36 Guaíra	4	1.013	3,9
	34 Ganchinho	3	805	3,7
	75 Xaxim	14	3.907	3,6
	4 Alto Boqueirão	11	3.716	3,0
	19 Cachoeira	2	684	2,9
	10 Bairro Alto	9	3.123	2,9
	63 São Lourenço	1	350	2,9
	66 Sítio Cercado	21	8.611	2,4
	17 Butiatuvinha	2	881	2,3
	72 Umbará	3	1.335	2,2
Baixo	71 Uberaba	11	4.955	2,2
	50 Pilarzinho	4	1.899	2,1
	57 Santa Felicidade	4	1.902	2,1
	8 Augusta	1	502	2,0
	51 Pinheirinho	7	3.726	1,9
	47 Novo Mundo	5	2.960	1,7
	14 Boa Vista	3	1.885	1,6
	25 Capão Raso	3	2.395	1,3
	16 Boqueirão	6	5.009	1,2
	22 Campo Comprido	2	1.795	1,1
Muito baixo	31 Cristo Rei	1	986	1,0
	2 Água Verde	1	3.460	0,3
	73 Vila Izabel	0	659	0,0
	70 Tingui	0	779	0,0
	68 Tarumã	0	524	0,0
	67 Taboão	0	215	0,0
	65 Seminário	0	412	0,0
	64 São Miguel	0	393	0,0
	62 São João	0	222	0,0
	59 Santo Inácio	0	431	0,0
	55 Riviera	0	27	0,0
	52 Portão	0	2.646	0,0
	46 Mossunguê	0	599	0,0
	45 Mercês	0	714	0,0
	43 Lamenha Pequena	0	87	0,0
	42 Juvevê	0	596	0,0
	41 Jardim Social	0	309	0,0
	40 Jardim das Américas	0	934	0,0
	39 Jardim Botânico	0	404	0,0
	38 Hugo Lange	0	171	0,0
	35 Guabirotuba	0	678	0,0
	32 Fanny	0	556	0,0
	29 Centro Cívico	0	296	0,0
	28 Centro	0	3.845	0,0
	26 Cascatinha	0	118	0,0
	18 Cabral	0	775	0,0
	15 Bom Retiro	0	319	0,0
	13 Bigorrilho	0	2.010	0,0
	12 Batel	0	761	0,0
	9 Bacacheri	0	1.404	0,0
	7 Atuba	0	1.002	0,0
	6 Alto da Rua XV	0	449	0,0
	5 Alto da Glória	0	330	0,0
	3 Ahú	0	596	0,0
	1 Abranches	0	858	0,0

Além dos CAPS, Curitiba tem um ambulatório público, próprio da SMS, para atendimento em saúde mental infanto-juvenil, o ENCCANTAR – Especializado no Cuidado de Crianças e Adolescentes no Tratamento, Apoio e Reabilitação.

O ENCCANTAR é o serviço ambulatorial de referência para atendimento de transtornos infanto-juvenis, crianças e adolescentes vítimas de violência inseridas na rede de proteção e crianças com autismo, que são encaminhadas pelo SUS porque precisam de um atendimento especializado da equipe composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogo, este último atende especificamente autismo.

O encaminhamento se dá por telefone e atende crianças de 0 a 18 anos em 03 frentes: Transtornos Mentais em Geral, Crianças Vítimas de Violências e Autismo. Como o ambulatório não é informatizado, apresenta-se a seguir dados produzidos manualmente a partir do registro em prontuário pelos profissionais que atendem no serviço.

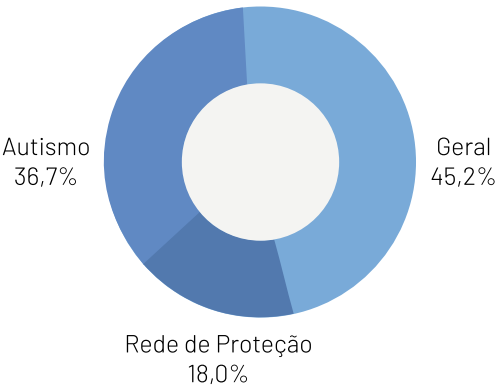
Os dados mostram que o maior número de oferta de atendimento está no ambulatório geral, e que a Rede de Proteção ocupa 18,0% das vagas de atendimento ofertadas. A Rede de Proteção é a que tem menos oferta (18,0%), e a que mais tem seus usuários faltando nas consultas.

Tabela 3.8.4: Atendimento do Ambulatório ENCCANTAR no ano de 2016

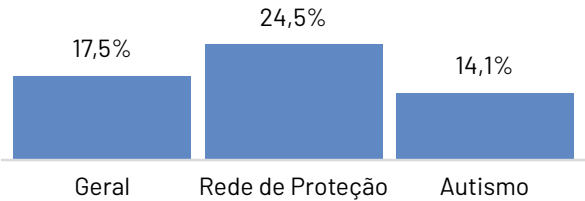
Ambulatório	Oferta	(%) Oferta	Presença	(%) de faltas
Geral	3.746	45,2%	3.091	17,5%
Rede de Proteção	1.495	18,0%	1.129	24,5%
Autismo	3.045	36,7%	2.616	14,1%
Total	8.286	100,0%	6.836	17,5%

Fonte: ENCCANTAR/SMS, 2016

Distribuição das ofertas de atendimetno



Indicador de falta por ambulatório



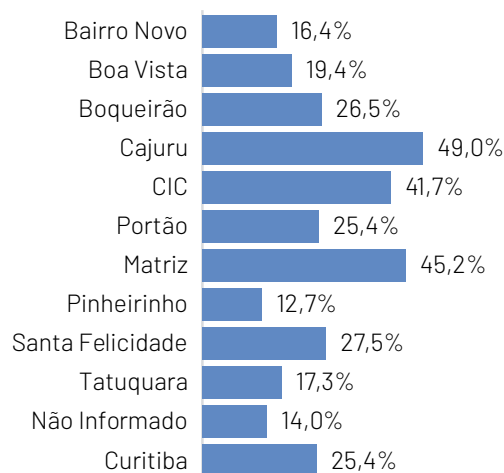
3.9 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O tema de substâncias psicoativas vai abordar tanto as drogas lícitas (cigarro e álcool) como as drogas ilícitas (maconha, crack, etc.). Para iniciar o tema relembremos o percentual mostrado na Tabela 3.9.1 que apresenta os diagnósticos de atendimento dos usuários do serviço do CAPS e CAPSi, o qual teve em 26,3% dos casos o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas²⁶, os quais serão foco de análise do início deste tema.

A Regional Cajuru é a que teve o maior percentual do total de atendimento relacionado ao uso de substâncias psicoativas (49,0%), em segundo veio a Matriz (45,2%) e em terceiro a Regional CIC (41,7%). A média de atendimento em Curitiba do CAPS ou CAPSi por diagnóstico de uso de substâncias psicoativas é de 25,4%.

Tabela 3.9.1: Usuários atendidos no serviço do CAPS ou CAPSi devido à utilização de substâncias psicoativas por regional de encaminhamento

	Regional	Total	Atendimento por Substâncias Psicoativas	
			Quant.	(%)
1	Bairro Novo	177	29	16,4%
2	Boa Vista	144	28	19,4%
3	Boqueirão	132	35	26,5%
4	Cajuru	102	50	49,0%
5	CIC	230	96	41,7%
6	Portão	177	45	25,4%
7	Matriz	42	19	45,2%
8	Pinheirinho	157	20	12,7%
9	Santa Felicidade	138	38	27,5%
10	Tatuquara	150	26	17,3%
	Não informado	157	22	14,0%
	Curitiba	1606	408	25,4%



Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016

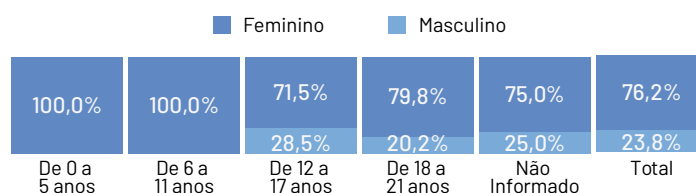
Nota 1: A tabela mostra o percentual de usuários por uso de substâncias psicoativas em cima do total atendidos no CAPS e CAPSi por Regional de encaminhamento.

Nota 2: A Tabela 3.9.1 apresenta 422 diagnósticos de transtornos decorridos de uso de substâncias psicoativas, sendo que o total de usuários é 408.

Enquanto no geral do atendimento do CAPS ou CAPSi o percentual do gênero masculino representa 64,5% (Tabela 3.9.2), quando se trata do diagnóstico por uso de substâncias psicoativas este índice sobe para 76,2% dos atendimentos, como mostra a Tabela 3.9.2.

Tabela 3.9.2: Gênero dos usuários do serviço do CAPS ou CAPSi por diagnósticos de uso de substância psicoativas por faixa etária

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	
De 0 a 5 anos	-	0,0%	1	100,0%	1
De 6 a 11 anos	-	0,0%	1	100,0%	1
De 12 a 17 anos	51	28,5%	128	71,5%	179
De 18 a 21 anos	45	20,2%	178	79,8%	223
Não informado	1	25,0%	3	75,0%	4
Total	97	23,8%	311	76,2%	408



Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016

²⁶ As substâncias psicoativas são em 22,6% o álcool, 5,4% a cocaína e em 31,0% dos casos uso de múltiplas drogas.

Como essa é a única fonte de dados oficiais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, calculou-se uma taxa geral na faixa etária de 12 a 21 anos para verificarmos a incidência em relação à população total de cada regional. Apesar de terem sido registrados 2 atendimentos em idades inferiores a 12 anos, optou-se para o cálculo pelo uso das faixas etárias mais representativas.

Indicador 8: Taxa de Usuários Atendidos por uso de Substâncias Psicoativas

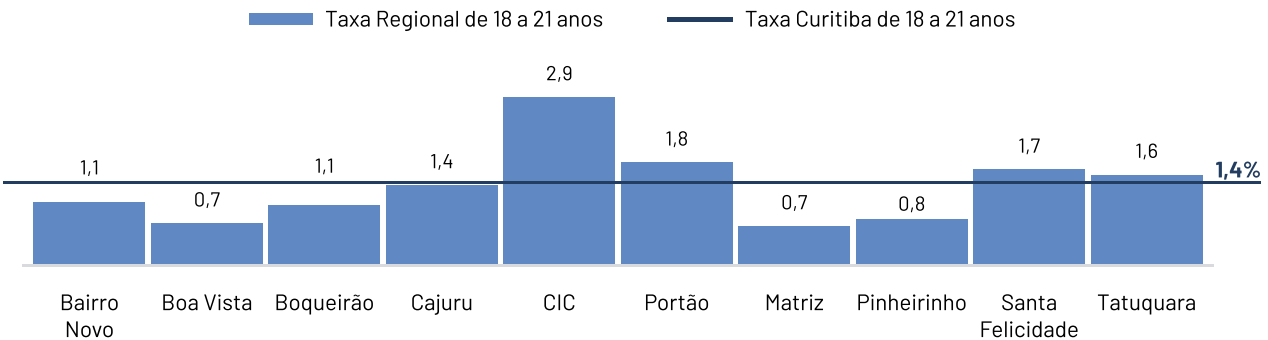
Definição: Número de usuários atendidos por uso de Substâncias Psicoativas por mil habitantes da região geográfica de encaminhamento.

A taxa de usuários atendidos é de 1,4 adolescentes ou jovens cada mil habitantes da mesma faixa etária de Curitiba. Taxa esta que quase dobra na Regional CIC, chegando a 2,9, como mostra a Tabela 3.9.3 a seguir.

Tabela 3.9.3: Taxa de usuários atendidos na faixa etária de 12 a 21 por diagnóstico de uso de substâncias psicoativas por Regional de encaminhamento

Regional		De 12 a 21 anos		
		Quant.	População	Taxa*
1	Bairro Novo	29	27.101	1,1
2	Boa Vista	28	37.854	0,7
3	Boqueirão	34	32.311	1,1
4	Cajuru	50	35.755	1,4
5	CIC	96	33.343	2,9
6	Portão	45	25.336	1,8
7	Matriz	19	26.554	0,7
8	Pinheirinho	20	23.917	0,8
9	Santa Felicidade	37	22.190	1,7
10	Tatuquara	26	16.297	1,6
	Não informado	22	-	-
Total		406	280.658	1,4

Fonte: CAPS/CAPSi/SMS, 2016
Nota: * por mil habitantes de 12 a 21 anos



3.9.1 PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS NO TEMA DROGADIÇÃO

A rede municipal de atendimento tem 7 programas de prevenção às drogas (municipais e federais), com metodologias diferenciadas, público alvo distinto e diferentes intensidade de impactos, realizados em parceria entre as Secretaria Municipal de Educação – SME, Secretaria Municipal de Saúde – SMS, Secretaria Municipal de Defesa Social – SMDS e a Polícia Militar – PM.

Começamos com o projeto da Polícia Civil (CAPE/DENARC) que é uma iniciativa do município, realizado no MUSEU DE DROGAS – Professor Elias Abrahão, tem o propósito de educar e alertar quanto ao uso/abuso de drogas. Em seu acervo estão expostos vários tipos de substâncias entorpecentes, utensílios para consumo, como também objetos que fazem apologia ao uso de drogas. Em 2016 o museu recebeu a visita de 1.665 adolescentes e jovens de instituições de ensino da capital.

Outros três programas são desenvolvidos no âmbito municipal pela Secretaria Municipal de Defesa Social, são eles:

- ☑ O Projeto Cão amigo, iniciativa do município, realiza um trabalho com cães policiais do GOC – Grupo de Operações com Cães, em parcerias com os demais Órgãos Públicos e Privados, com o objetivo de educar, conscientizar e prevenir o envolvimento com as drogas, além de agir preventivamente na diminuição da violência, promovendo a paz. Desenvolvido por guardas municipais, os quais com apoio dos cães adestrados realizam palestras de cunho sócio educativa, de forma lúdica e sutil, entretendo os alunos e evitando o constrangimento de uma revista policial. Instrutores capacitados fornecem material ilustrativo e dialogam com os alunos presentes sobre os males causados pelo uso e abuso de substâncias psicoativas. O projeto impactou 14.002 pessoas em 2016, das quais mais de 64% tinha até 17 anos.
- ☑ O Projeto Cidadão em Guarda, uma iniciativa do município, no qual são realizadas palestras e dinâmicas de grupo com crianças, adolescentes e adultos abordando direta ou indiretamente o tema drogas, com enfoque na violência consequente do uso, abuso e tráfico de drogas, utilizando linguagem pedagógica adequada a cada faixa etária e tipicidade do público. As palestras são realizadas pelos servidores, e em 2016 atingiram 1.215, crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, sendo que 80% tinham de 7 a 12 anos.

☑ O Projeto Teatro de Fantoches, também é uma iniciativa do município, nele são realizadas apresentações que abordam de forma direta ou transversalmente a temática “drogas”, enfatizando os benefícios de uma vida saudável, longe das drogas. Em alguns casos houve referência direta às substâncias químicas e aos malefícios de seu uso ou abuso e sua consequência no desenvolvimento social dos diversos meios. A equipe é composta por quatro guardas municipais, e as apresentações são feitas para funcionários em escolas, CRAS, e outros locais. Neste ano foi registrada a participação de 28.832 crianças, adolescentes e jovens de 3 a 21 anos, sendo que mais de 90% tinham entre 7 e 12 anos.

Na esfera federal, Curitiba em 2016, compactuava com a realização de 3 projetos, sendo eles o ELO, o #tamojunto e, o Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD.

No PROERD, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação em parceria com a Polícia Militar, nas Escolas de 1ª a 4ª Séries (6 a 11 anos), através de metodologia especialmente voltada para crianças, Policiais Militares, devidamente treinados e preparados para desenvolver o lúdico, passando a mensagem de valorização à vida e à importância de manter-se longe das drogas. Após quatro meses de curso as crianças recebem o certificado PROERD, ocasião que prestam o compromisso de manterem-se afastados e longe das drogas. O programa formou 1.638 crianças em 2016.

O Programa ELÓS é uma estratégia de mediação das relações em sala de aula baseada em evidências, voltada para o público de crianças que cursam do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental I. Articulado nacionalmente pelo Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Municipais da Saúde e da Educação. O programa propõe a redução de fatores de risco e o favorecimento de fatores de proteção ao uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas no ambiente escolar e familiar às crianças da faixa etária atendida. Abrange ações voltadas à redução de interações que aumentam potencialmente sua vulnerabilidade, especificamente interações caracterizadas como agressivas, de dispersão e de retraimento nos contextos de sala de aula. Paralelamente, pretende fomentar o desenvolvimento de habilidades de vida e de proteção ao fenômeno em questão, atitudes positivas e colaborativas promovendo a construção de coletivos democráticos, buscando oportunizar o desenvolvimento de competências necessárias que favoreçam o respeito, autoconhecimento, autocontrole, autonomia, assertividade, empatia, escuta, oralidade e tolerância. Objetiva ainda, fortalecer o vínculo entre alunos e professores, através de uma formação humana que respeita e cultiva os processos psicofísicos de cada criança, de modo que possa crescer e desenvolver-se harmoniosamente. Em Curitiba, será aplicado aos educandos do 3º Ano, faixa etária 08 anos. O programa envolve os profissionais, os educandos e familiares. Em 2016 o programa formou 780 crianças de 7 e 8 anos, ofereceu três oficinas para os pais destas crianças, e ainda capacitou todos os profissionais envolvidos.

O Programa #Tamojunto, trabalha a prevenção do uso de álcool, tabaco, e outras drogas, é um programa federal que envolve ações intersetoriais das Secretarias Municipais da Saúde, Educação, Ação Social e Defesa Social. Os trabalhos são realizados nas 11 Escolas Municipais de Curitiba que possuem o Ensino Fundamental II, nas turmas dos oitavos anos. O Programa prevê uma sequência de 12 aulas temáticas (cada aula possui um tema que trabalha algumas habilidades de vida preconizadas pela Organização Mundial de Saúde) e, 3 Oficinas de pais que são realizadas pelas equipes intersetoriais. Com metodologia específica, necessitando de acompanhamento territorial por profissionais treinados e habilitados pelo Ministério da Saúde, os quais realizam a formação destes profissionais para que estejam aptos para o planejamento e acompanhamento da execução do programa, a fim de manter a fidedignidade da metodologia. Até o final de 2016, foram atendidas 11 escolas municipais, com 22 professoras participantes, 39 turmas, com impacto de um total de 1.287 educandos e 200 pais e responsáveis.

Historicamente o Município de Curitiba já trabalha desde 2014, com os Programas Elos e #Tamojunto, em 2018 será implantado também o Programa Famílias Fortes, que juntos compõem o Sistema de Prevenção, que é o conjunto de programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Mental.

3.9.2 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA DROGADIÇÃO

Curitiba tem duas OSC que atuam na cidade com programas de prevenção às drogas. As instituições são apresentadas no Quadro 5 a seguir.

Quadro 5: Descrição das Instituições que trabalham na prevenção às drogas

PROJETO FAZENDO DIFERENÇA – FAZDI PROGRAMA SEMEAR
Desde 2000, o Projeto Fazendo Diferença – FAZDI desenvolve seu trabalho mediante a problemática da dependência química. O Projeto FAZDI busca ir além do acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, pois entende que também se faz necessária a prevenção, o trabalho com seus familiares e a reinserção social. O Programa SEMEAR desenvolve palestras preventivas às crianças e adolescentes de 10 a 18 anos, voltadas à aquisição de conhecimentos e orientações referentes ao uso de substâncias psicoativas.
ASSOCIAÇÃO PARA VIDAS SEM DROGAS
A Associação PARA Vida Sem Drogas é instituição civil, de caráter privado, sem fins lucrativos, que atua nas áreas de Prevenção à dependência de álcool e outras drogas com crianças e adolescentes da área de vulnerabilidade. O Projeto é direcionado às crianças e adolescentes de 9 a 16 anos, moradores da área de vulnerabilidade, no Bairro Sítio Cercado. A participação é gratuita, voluntária e aberta para todas as crianças e adolescentes da faixa etária. Procuramos conquistar e orientar as crianças e adolescentes para evitar, impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso/abuso das drogas e os prejuízos relacionados ao consumo destas substâncias. Através destas crianças e adolescentes procuramos oferecer para os familiares: orientação e quando necessário tratamento para dependência química.

Fonte: OSC (Instituições de Prevenção às Drogas), 2016

Um total de 586 crianças (7,2%) e adolescentes (92,8%), foram atendidos pelos programas, sendo o Programa SEMEAR responsável por 95,2% deste total de atendimentos.

Tabela 3.9.4: Número de atendimento de 2016 nos programas não governamentais no tema drogadição

Projeto	Quant.	(%)
Vidas sem drogas (Associação PARA Vidas Sem Drogas)	28	4,8%
Programa SEMEAR (FAZDI)	558	95,2%
Total	586	100,0%

Fonte: OSC (Instituições de Prevenção às Drogas), 2016

Os dois programas atuam pontualmente em Curitiba, nos Bairros Boqueirão, CIC, Sítio Cercado e Xaxim, que estão reunidos em suas regionais e apresentados na Tabela 3.9.11.

Tabela 3.9.5: Residência dos jovens que foram atendidos em 2016 nos programas não governamentais no tema drogadição

	Regional	Quant. Atingida	(%) Atingido do total	População	(%) População atingida
1	Bairro Novo	28	4,8%	31.051	0,1%
2	Boa Vista	-	-	41.004	-
3	Boqueirão	505	86,2%	35.691	1,4%
4	Cajuru	-	-	39.455	-
5	CIC	53	9,0%	37.976	0,1%
6	Portão	-	-	25.086	-
7	Matriz	-	-	20.720	-
8	Pinheirinho	-	-	25.693	-
9	Santa Felicidade	-	-	24.929	-
10	Tatuquara	-	-	20.060	-
	Total	586	100,0%	301.665	0,2%

Fonte: OSC (Instituições de Prevenção às Drogas), 2016

3.10 ESPECIALIDADES MÉDICAS

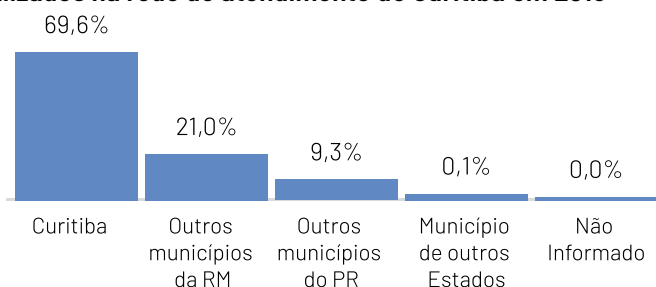
As especialidades médicas fazem parte do sistema de saúde, e são responsáveis por atendimentos de média complexidade ou até de alta complexidade (SMS), dependendo do encaminhamento realizado nas UBS. Nos dados aqui analisados sobre os atendimentos de especialidades, foram consideradas as novas consultas inclusas na rede de atendimento de Curitiba no ano de 2016, ou seja, os pacientes já atendidos, considerados como retorno não foram aqui analisados. Verificando-se apenas, o acesso às primeiras consultas.

Em 2016, segundo a SMS foram realizadas 101.648 consultas em especialidades na faixa etária de 0 a 21, sendo que destas 69,6% foram para residentes em Curitiba, ou seja, 30,4% das consultas realizadas são para outros municípios, sendo que a RM representa mais 21,0% do total destas consultas realizadas e outros municípios do Paraná representam mais 9,3%, respeitando o pacto existente entre a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba com a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, que é de disponibilizar 30% das vagas para o Estado.

Tabela 3.10.1: atendimentos por especialidades realizados na rede de atendimento de Curitiba em 2016

Região	Quant.	(%)
Curitiba	70.755	69,6%
Outros municípios da RM	21.356	21,0%
Outros municípios do PR	9.463	9,3%
Município de outros estados	73	0,1%
Não informado	1	0,0%
Total	101.648	100,0%

Fonte: SMS (Especialidades), 2016



Focando nas consultas realizadas em residentes em Curitiba (70.755) na faixa etária de 0 a 21 anos, temos que a faixa com maior acesso é a de 18 a 21 anos, na qual a cada mil habitantes desta faixa etária foram realizadas 157 consultas com especialidades.

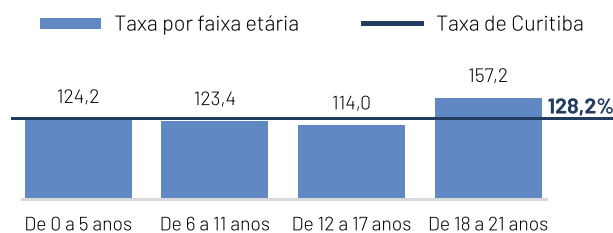
Indicador 9: Taxa de Acesso a Especialidade

Definição: Número de consultas em especialidades realizadas para residentes em Curitiba por faixa a cada mil habitantes.

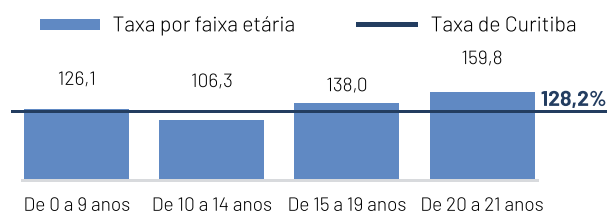
Tabela 3.10.2: Taxa de consultas em especialidades por faixa etária de residentes em Curitiba.

Faixa etária ECA	Quant.	População	Taxa
De 0 a 5 anos	16.124	129.857	124,2
De 6 a 11 anos	17.430	141.269	123,4
De 12 a 17 anos	18.292	160.396	114,0
De 18 a 21 anos	18.909	120.262	157,2
Total	70.755	551.784	128,2

Fonte: SMS (Especialidades), 2016



Faixa etária OMS	Quant.	População	Taxa
De 0 a 9 anos	27.732	219.967	126,1
De 10 a 14 anos	13.817	129.993	106,3
De 15 a 19 anos	19.249	139.512	138,0
De 20 a 21 anos	9.957	62.312	159,8
Total	70.755	551.784	128,2



A tabela 3.10.3 mostra as especialidades com maior número de consultas agendadas em Curitiba. A principal especialidade é a oftalmologia representando 20,8% dos atendimentos e em segundo vem o diagnóstico por ultrassonografia representando 20,1%.

Tabela 3.10.3: Lista de especialidades e representatividade de cada uma no total de consultas agendadas na rede de atendimento de Curitiba.

Especialidade	Quant. de consultas	(%) Total	(%) Acumulado
Oftalmologia	14.744	20,8%	20,8%
Diagnóstico por ultrassonografia	14.245	20,1%	41,0%
Otorrinolaringologia	6.081	8,6%	49,6%
Diagnóstico por radiologia	5.023	7,1%	56,7%
Ortopedia	3.277	4,6%	61,3%
Neurologia	3.052	4,3%	65,6%
Cardiologia	2.554	3,6%	69,2%
Dermatologia	2.194	3,1%	72,3%
Odontologia	2.050	2,9%	75,2%
Diagnóstico em otorrinolaringologia	1.885	2,7%	77,9%
Endocrinologia	1.874	2,6%	80,5%
Obstetrícia	1.342	1,9%	82,4%
Pneumologia	1.302	1,8%	84,3%
Cirurgia	1.128	1,6%	85,9%
Otorrino	900	1,3%	87,1%
Nefrologia	778	1,1%	88,2%
Diagnóstico por tomografia	749	1,1%	89,3%
Outras especialidades	7.577	10,7%	100,0%
Total	70.755	100,0%	-

Fonte: SMS(Especialidades), 2016

Três prestadores de serviço representam 35% dos atendimentos, sendo eles: Centro de Especialidades Mãe Curitibana (12,1%); Hospital de Clínicas (11,4%); e, Hospital Pequeno Príncipe (11,4%).

Tabela 3.10.4: Acesso por prestador de serviço dos atendimentos às especialidades atendidas em Curitiba

Prestador de Serviço	Quant. de consultas	(%) Total	(%) Acumulado
Centro de Especialidades Mãe Curitibana	8.569	12,1%	12,1%
Hospital de Clínicas	8.079	11,4%	23,5%
Hospital Infantil Pequeno Príncipe	8.074	11,4%	34,9%
Clínica de Olhos Batel LTDA	5.495	7,8%	42,7%
Clínica de Diagnósticos Ecográficos	4.708	6,7%	49,4%
Hospital e Maternidade Santa Madalena Sofia	3.977	5,6%	55,0%
HEC - Hospital Evangélico De Curitiba	3.652	5,2%	60,1%
Centro de Especialidades Santa Felicidade	3.466	4,9%	65,0%
EPAM	2.317	3,3%	68,3%
Hospital do Trabalhador	1.856	2,6%	70,9%
Hospital Universitário Cajuru	1.529	2,2%	73,1%
Hospital de Olhos do Paraná	1.486	2,1%	75,2%
Curso de Odontologia UFPR	1.365	1,9%	77,1%
Clínica Gandhi	1.261	1,8%	78,9%
Clínica de Olhos Prof. Leônidas Ferreira	1.167	1,6%	80,6%
Centro de Especialidades Médicas Matriz	1.090	1,5%	82,1%
CEO Sylvio Gevaerd	1.041	1,5%	83,6%
Hospital do Idoso Zilda Arns	1.001	1,4%	85,0%
CEO Rosário	887	1,3%	86,2%
Clínica de Diagnóstico por Imagem	882	1,2%	87,5%
APR	828	1,2%	88,7%
Centro Médico Comunitário Bairro Novo	824	1,2%	89,8%
CETAC Centro de Tomografia Computadorizada	755	1,1%	90,9%
Outros prestadores	6.446	9,1%	100,0%
Total	70.755	100,0%	-

Fonte: SMS(Especialidades), 2016

A seguir o Quadro mostra as especialidades atendidas em Curitiba:

Quadro 6: Especialidades mapeadas

Alergia e imunologia	Diagnóstico por tomografia	Nefrologia
Angiologia	Diagnóstico por ultrassonografia	Neurocirurgia
Avaliação para cirurgia plástica	Doenças respiratórias	Neurologia
Avaliação pediátrica do aparelho digestivo	Endocrinologia	Nutrição
Avaliação urológica pediátrica	Fonoaudiologia	Obstetrícia
Cancerologia	Gastroenterologia	Odontologia
Cardiologia	Genética clínica	Oftalmologia
Cegueira / visão subnormal	Ginecologia	Órtese prótese
Cirurgia	Hematologia	Ortopedia
Dermatologia	Hepatites virais	Otorrino
Diagnóstico em cardiologia	Hepatologia	Otorrinolaringologia
Diagnóstico em neurologia	HIV/AIDS	Pediatria
Diagnóstico em otorrinolaringologia	HIV/hepatites/sífilis/toxo	Pés neuropáticos
Diagnóstico em pneumologia	Homeopatia	Pneumologia
Diagnóstico em radiologia contrastada	Infectologia	Proctologia
Diagnóstico por endoscopia	Mastologia	Psicologia
Diagnóstico por mamografia	Medicina do adolescente	Psiquiatria
Diagnóstico por radiologia	Medicina do trabalho	Radioterapia
Diagnóstico por ressonância magnética	Medicina interna	Reumatologia
		Urologia

Fonte: SMS (Especialidades), 2016

3.11 AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

O Sistema de Informação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação – SINAN abrange os registros dos casos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória²⁷. A partir de 2012, passou a incluir registros referentes a Violências Interpessoais/Autoprovocadas, tendo este agravo, entrado para a lista de agravos de notificação compulsória em 2014.

As informações para alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN, são extraídas dos formulários da “Ficha de Notificação Individual- Violência Interpessoal/Autoprovocada, com fluxos de encaminhamento e de preenchimento descritos em protocolo de atendimento, e em específico ao público estudado, “Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência”, que são preenchidas por técnicos das áreas da assistência social, educação e saúde.

²⁷ Lista Nacional de Notificação Compulsória é detalhada na Portaria Nº 204, de 17 de Fevereiro de 2014, mas é facultado a estados e municípios, incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (SINAN, s/d). PORTARIA Nº - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

Por se tratar de um diagnóstico da infância e juventude, os dados referentes ao SINAN analisados neste documento se referem à faixa etária de 0 a 21 anos, ou seja, contemplando também jovens de 18 a 21 anos, além de crianças e adolescentes. O recorte dos dados se refere às notificações realizadas em Curitiba de residentes de Curitiba e da RM²⁸. No total desta faixa etária (0 a 21 anos), o SINAN registrou 19.743, sendo 32,0% de violências.

Tabela 3.11.1: Classificação das Notificações do SINAN de residentes de Curitiba ou RM no ano de 2016

Categoria	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Notificações de Violência	2.275	28,2%	1.332	32,8%	2.301	51,4%	416	13,2%	6.324	32,0%
Notificações de doenças e outros	5.782	71,8%	2.723	67,2%	2.180	48,6%	2.734	86,8%	13.419	68,0%
Total	8.057	100,0%	4.055	100,0%	4.481	100,0%	3.150	100,0%	19.743	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Analisando-se as notificações de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, faixa etária contemplada nos relatórios realizados pelo recorte do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde percebe-se o aumento nos totais registrados pela cidade nos últimos anos. De um registro de 5.612 notificações em 2014, para 5.705 em 2015, chegando ao ano de 2016, a 6.023 registros, observa-se então um aumento de 5,6% nos últimos dois anos. Em 74,6% dos casos, essas notificações são referentes às crianças e adolescentes residentes em Curitiba, porém também se nota um aumento progressivo das notificações de residentes na Região Metropolitana.

Tabela 3.11.2: Histórico de Notificações de Violência do SINAN, para a faixa etária de 0 a 17 anos, notificadas em Curitiba

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variação 2016/2015
Curitiba	4.480	4.684	4.298	4.380	4.465	4.421	4.496	1,7%
Outros municípios da RM	559	625	733	918	1.068	1.194	1.412	18,3%
Outros municípios do PR	72	60	76	52	73	85	111	30,6%
Outros estados	1	0	0	1	6	5	4	-20,0%
Total	5.112	5.369	5.107	5.351	5.612	5.705	6.023	5,6%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

A violência mais notificada na faixa etária de 0 a 17 anos dos residentes de Curitiba foi a negligência, representando 64,2%. As lesões autoprovocadas somaram 4,8% em 2016. Em 2015 elas representaram 4,1% (Curitiba) do total de 4.421 notificações²⁹.

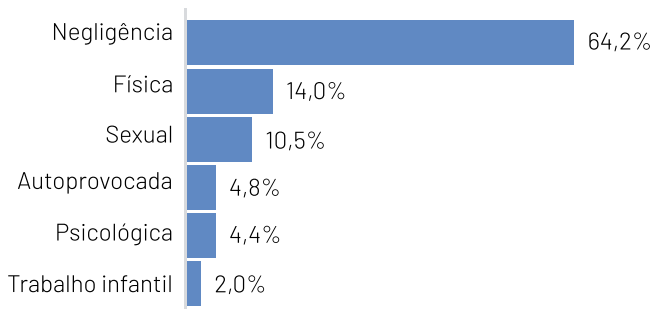
²⁸ As notificações realizadas em Curitiba referentes a outros estados do Paraná (não pertencentes à RM), ou de outra Unidade de Federação não fazem parte do recorte do banco do SINAN utilizado neste diagnóstico.

²⁹ Dado extraído do Perfil dos Casos Notificados em 2015 de Violência Contra Crianças e Adolescentes (SINAN/SMS, 2016).

Tabela 3.11.3: Distribuição dos tipos de violência nas notificações registradas no Sinan, ano 2016, faixa etária de 0 a 17 anos, residentes em Curitiba

Violência	Quant.	(%)
Negligência	2.888	64,2%
Física	631	14,0%
Sexual	474	10,5%
Autoprovocada	215	4,8%
Psicológica	199	4,4%
Trabalho infantil	89	2,0%
Total	4.496	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.



Quando a notificação de agravo não se refere à violência, e sim a doenças ou eventos de saúde pública, que no caso da faixa etária de 0 a 21 anos correspondeu a 68% das outras notificações (Tabela 3.11.1). Existe uma investigação por parte da saúde (dos casos de residentes em Curitiba), para a atualização da base de dados do SINAN, confirmando ou descartando a notificação como mostra a tabela 3.11.4. No ano de 2016 do total 81,1% das notificações de agravos (excluindo-se os referentes a violências) foram confirmadas, 17,7% descartadas e, 1,2% não tiveram uma classificação final.

Tabela 3.11.4: Classificação das Notificações do SINAN referentes à doença e a eventos de saúde pública na faixa etária de 0 a 21 anos, no ano de 2016, em Curitiba, de residentes em Curitiba e RM, notificados em Curitiba.

Região		Notificações Confirmadas		Notificações Descartadas		Notificações não informadas		Total de Notificações	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	Bairro Novo	1.189	10,9%	195	8,2%	3	1,9%	1.387	10,3%
2	Boa Vista	1.260	11,6%	239	10,1%	1	0,6%	1.505	11,2%
3	Boqueirão	940	8,6%	274	11,6%	2	1,2%	1.216	9,0%
4	Cajuru	1.280	11,8%	327	13,8%	2	1,2%	1.609	12,0%
5	CIC	1.180	10,8%	196	8,3%	14	8,7%	1.390	10,3%
6	Portão	548	5,0%	175	7,4%	2	1,2%	727	5,4%
7	Matriz	462	4,2%	172	7,3%	3	1,9%	642	4,8%
8	Pinheirinho	723	6,6%	148	6,2%	0	0,0%	873	6,5%
9	Santa Felicidade	641	5,9%	170	7,2%	1	0,6%	815	6,1%
10	Tatuquara	771	7,1%	100	4,2%	3	1,9%	874	6,5%
Outros municípios da RM		1.880	17,3%	372	15,7%	130	80,7%	2.387	17,8%
Não informado*		13	0,1%	3	0,1%	0	0,0%	18	0,1%
Total		10.887	100,0%	2.371	100,0%	161	100,0%	13.443	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Nota: Foram retiradas as notificações referentes à Rede de Proteção de Curitiba (violências, trabalho infantil e outros).

Classificação final das Notificações de Agravo

As notificações, que têm as classificações finais, “não informadas” (1,2%), e as “descartadas” (17,7%), não serão contabilizadas nas próximas análises, que se concentrarão nas notificações confirmadas. Cabe ressaltar, que em mais de 80% dos casos de notificações descartadas, o agravo era referente a suspeita de dengue, que não se confirmou com a investigação. Outro detalhe metodológico é que só farão parte da análise a partir desta parte do relatório as notificações referentes aos residentes em Curitiba (8.994 + 13 = 9.007).

A tabela 3.11.5, detalha as notificações registradas nos residentes em Curitiba pelo SINAN, a qual mostra que duas notificações somaram mais de 60% do total de registros: varicela (32,3%) e atendimentos antirrábicos humanos (30,5%).

Tabela 3.11.5: Motivo das notificações confirmadas no SINAN de residentes em Curitiba no ano de 2016

Notificações	Quant.	(%)	(%) Acumulado
Varicela	2.913	32,3%	32,3%
Antirrábicos	2.755	30,6%	62,9%
Efeito tóxico de substância	723	8,0%	71,0%
Influenza	697	7,7%	78,7%
Sífilis	543	6,0%	84,7%
Animais peçonhentos	392	4,4%	89,1%
Meningite	217	2,4%	91,5%
Circunstância relativa às condições de trabalho	210	2,3%	93,8%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	105	1,2%	95,0%
Acidente de trabalho - Exposição material biológico	99	1,1%	96,1%
Dengue	89	1,0%	97,1%
Situação de risco para o HIV	75	0,8%	97,9%
Tuberculose respiratória	39	0,4%	98,3%
Toxoplasmose	32	0,4%	98,7%
Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério	31	0,3%	99,0%
Hepatite viral	22	0,2%	99,3%
Leptospirose	20	0,2%	99,5%
Infecção pelo HIV sem ser doente de Aids	16	0,2%	99,7%
Zika vírus	11	0,1%	99,8%
Coqueluche	9	0,1%	99,9%
Chikungunya	4	0,0%	99,9%
Doenças relacionada ao trabalho - LER	1	0,0%	100,0%
Doença de Lyme	2	0,0%	100,0%
Leishmaniose	1	0,0%	100,0%
Hanseníase (lepra)	1	0,0%	100,0%
Total	9.007	100,0%	-

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

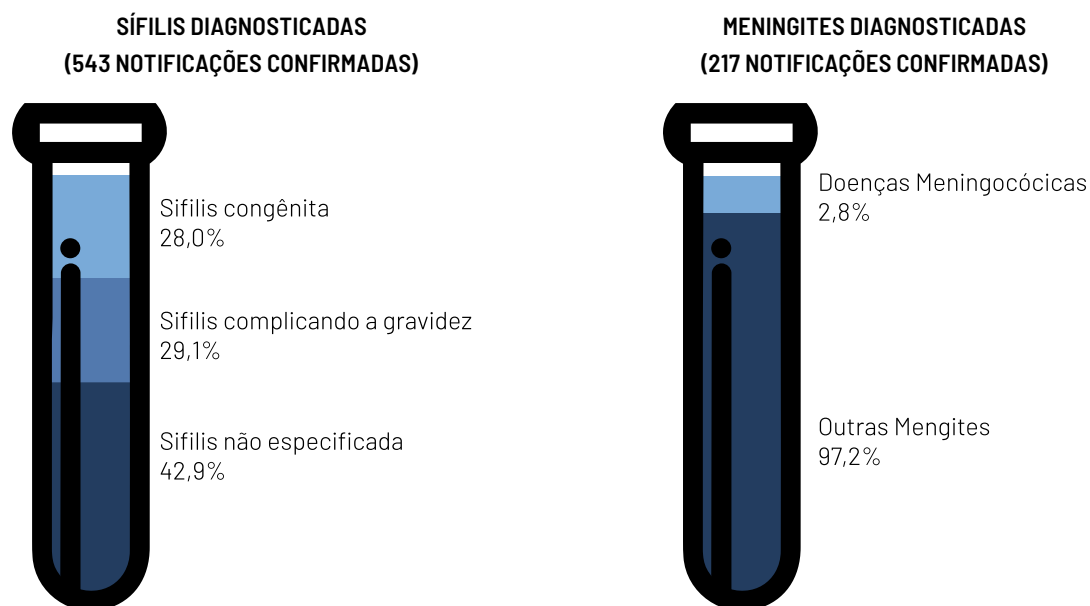
Nota: As definições de cada notificação podem ser encontradas no glossário

A seguir, o Quadro 7 traz algumas informações técnicas sobre a sífilis e meningite, as quais apresentam outros detalhamentos. No caso da sífilis, 28,0% foram casos de sífilis congênita³⁰ e 29,1% foram complicações na gravidez. O restante não foi especificado (42,9%). Nas meningites, 2,8% correspondem a doenças meningocócicas³¹.

³⁰ Transmissão da doença de mãe para filho (MS, 2006)

³¹ É causada por uma bactéria, o meningococo, e é contagiosa (MS, 2007). As meningites bacterianas e virais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, devido à sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos, e no caso da meningite bacteriana, a gravidade dos casos (MS, s/d).

Quadro 7: Tipo de sífilis e meningite notificadas

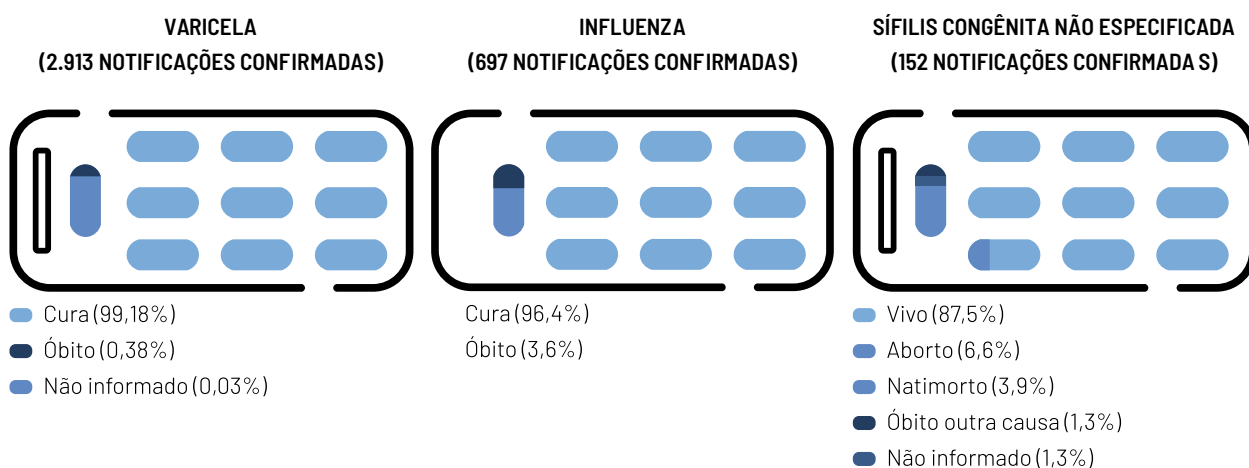


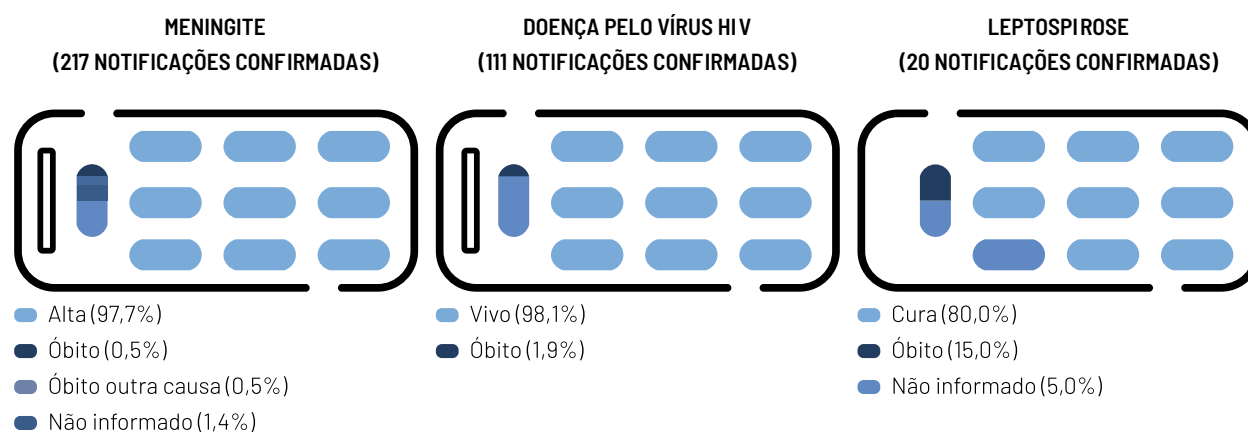
Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Além da informação da confirmação das notificações, o SINAN traz ainda a evolução de algumas doenças. O Quadro 8, a seguir, mostra para as principais doenças, o quadro evolutivo do paciente com notificação confirmada.

Todas as seis doenças mencionadas a seguir apresentaram casos de óbitos decorridos delas, ou ainda, no caso da sífilis e da meningite, ocorreram óbitos devidos a outras causas que não destas doenças. O percentual mais alto de óbito foi na leptospirose, no qual 15,0% dos 20 casos notificados vieram a óbito, e em segundo a sífilis congênita não especificada ocasionou 6,6% de abortos e 3,9% de óbitos em 152 casos.

Quadro 8: Evolução de algumas doenças nos residentes em Curitiba Notificados no SINAN

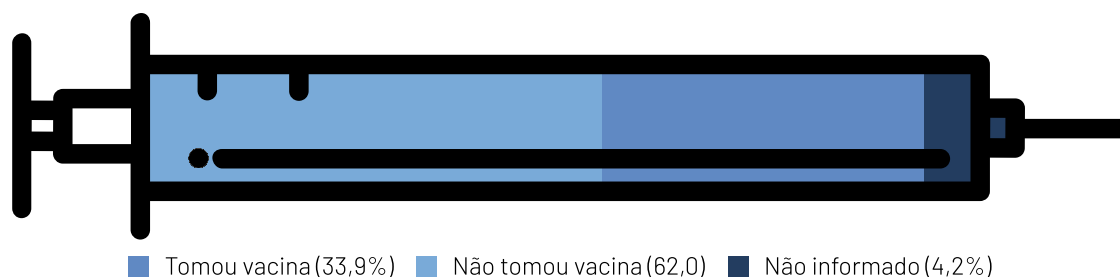




Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Sobre a influenza, que ocasionou 3,6% de óbitos em 697 casos, teve-se apenas 33,9% de pacientes imunizados (tomaram a vacina), como mostra o Quadro 9 a seguir.

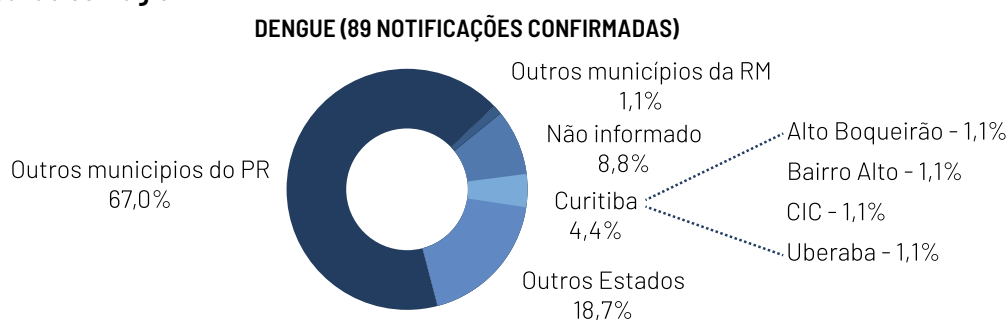
Quadro 9: Situação da vacinação contra a influenza nos residentes em Curitiba notificados no SINAN com influenza



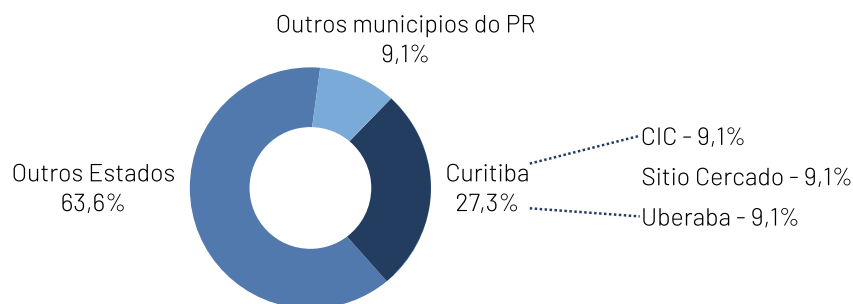
Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Para as doenças transmitidas por mosquitos, analisou-se o local de contágio. Apesar de poucos casos registrados (11 notificações), o maior percentual de contágio para o Zika Vírus ocorreu em alguns bairros de Curitiba (27,3%), sendo que o Bairro do Uberaba apresentou dois focos: de Dengue e de Zika Vírus.

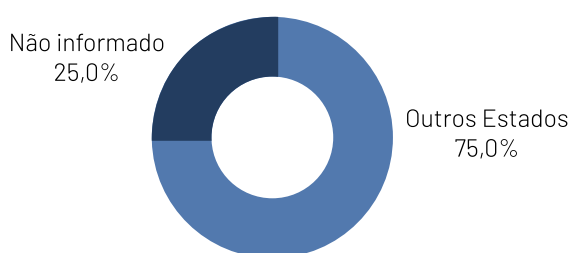
Quadro 10: Local de contágio



ZIKA VÍRUS (11 NOTIFICAÇÕES CONFIRMADAS)



CHIKUNGUNYA (4 NOTIFICAÇÕES CONFIRMADAS)



Fonte: SINAN/SMS, 2016

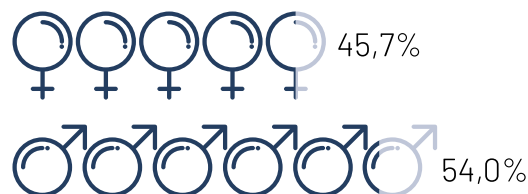
Indicador 10: Taxa de Agravos de 0 a 5 anos

Definição: Número total de notificações de agravos na faixa etária de 0 a 5 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

A taxa de agravos nesta faixa etária em Curitiba é de 30,4 notificações a cada mil habitantes. A Regional, Bairro Novo, apresentou a maior taxa de agravos nesta faixa etária, 41,5, sendo 36% maior que a de Curitiba.

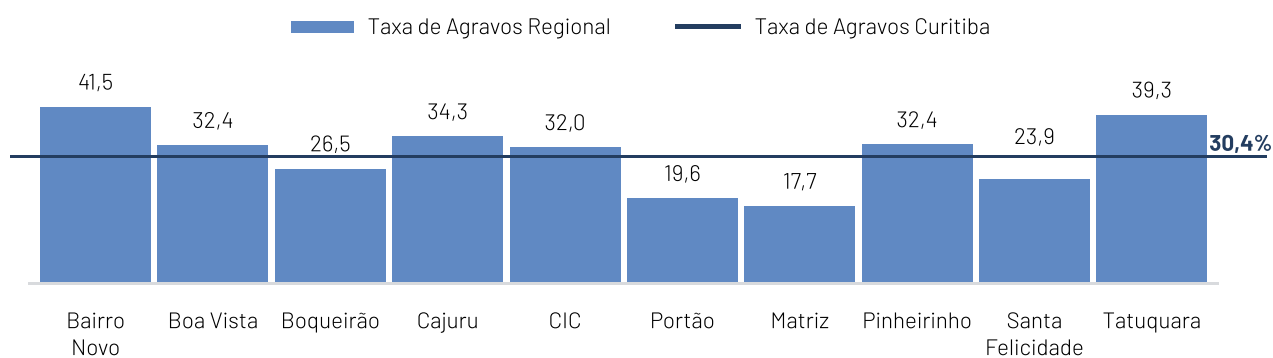
Tabela 3.11.6: Taxa de agravos na faixa etária de 0 a 5 anos, de residentes em Curitiba

	Regional	Notificações	População de 0 a 5 anos	Taxa de Agravos*
1	Bairro Novo	547	13.191	41,5
2	Boa Vista	565	17.465	32,4
3	Boqueirão	404	15.229	26,5
4	Cajuru	580	16.890	34,3
5	CIC	509	15.893	32,0
6	Portão	220	11.251	19,6
7	Matriz	165	9.304	17,7
8	Pinheirinho	358	11.064	32,4
9	Santa Felicidade	261	10.911	23,9
10	Tatuquara	340	8.659	39,3
	Não informado	4	-	-
	Total	3.953	129.857	30,4



Fonte: SINAN/SMS, 2016

Nota: * por mil habitantes de 0 a 5 anos.



O principal motivo de notificação nesta faixa etária é a varicela com 43,9% das notificações. Logo em seguida vem o atendimento antirrábico (20,4%) e a influenza em mais 14,8%. Essas três notificações representam quase 80% do total de notificações da faixa etária de 0 a 5 anos.

Tabela 3.11.7: Motivo das notificações na faixa etária de 0 a 5 anos de residentes em Curitiba

Notificações	Quant.	(%)	(%) Acumulado
Varicela	1.737	43,9%	43,9%
Antirrábicos	807	20,4%	64,4%
Influenza	586	14,8%	79,2%
Efeito tóxico de substância	257	6,5%	85,7%
Sífilis	161	4,1%	89,8%
Meningite	151	3,8%	93,6%
Animais peçonhentos	119	3,0%	96,6%
Situação de risco para o HIV	75	1,9%	98,5%
Toxoplasmose	32	0,8%	99,3%
Dengue	9	0,2%	99,5%
Coqueluche	7	0,2%	99,7%
Outros	12	0,3%	100,0%
Total	3.953	100,0%	-

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Indicador 11: Taxa total de Agravos de 6 a 11 anos

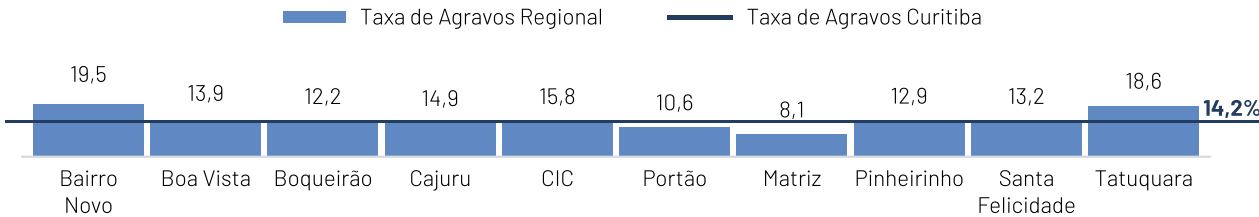
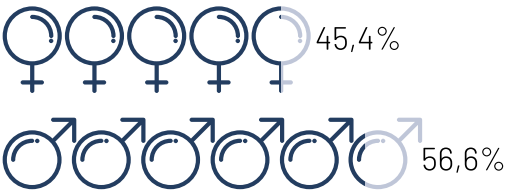
Definição: Número total de notificações de agravos na faixa etária de 6 a 11 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

Na faixa etária de 6 a 11 anos, 56,6% das notificações correspondem ao gênero masculino, e tem a Matriz como a menor taxa de notificação (8 por mil habitantes entre 6 e 11 anos), sendo que a de Curitiba gira em torno de 14,2, ou seja, uma taxa 44% menor que a do município. E as Regionais Tatuquara e Bairro Novo apresentam uma taxa aproximadamente 30% maior que a do município.

Tabela 3.11.8: Taxa de agravos na faixa etária de 6 a 11 anos de residentes em Curitiba

	Regional	Notificações	População de 6 a 11 anos	Taxa de Agravos*
1	Bairro Novo	287	14.701	19,5
2	Boa Vista	267	19.161	13,9
3	Boqueirão	206	16.857	12,2
4	Cajuru	275	18.468	14,9
5	CIC	286	18.121	15,8
6	Portão	121	11.364	10,6
7	Matriz	73	9.003	8,1
8	Pinheirinho	155	11.997	12,9
9	Santa Felicidade	156	11.862	13,2
10	Tatuquara	181	9.735	18,6
Total		2.007	141.269	14,2

Fonte: SINAN/SMS, 2016
Nota: * por mil habitantes de 6 a 11 anos.



Novamente nesta faixa etária destacam-se a varicela (44,6%) e o atendimento antirrábico (42,5%). Ambas representam 87% de todas as notificações. Nesta faixa etária, as picadas e mordidas por animais peçonhentos ganham destaque em terceiro lugar, com 4,0% das notificações.

Tabela 3.11.9: Motivo das Notificações na faixa etária de 6 a 11 anos de residentes em Curitiba

Notificações	Quant.	(%)	(%) Acumulado
Varicela	895	44,6%	44,6%
Antirrábicos	853	42,5%	87,1%
Animais peçonhentos	80	4,0%	91,1%
Influenza	63	3,1%	94,2%
Meningite	49	2,4%	96,7%
Efeito tóxico de substância	40	2,0%	98,7%
Dengue	17	0,8%	99,5%
Outros	10	0,5%	100,0%
Total	2.007	100,0%	-

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

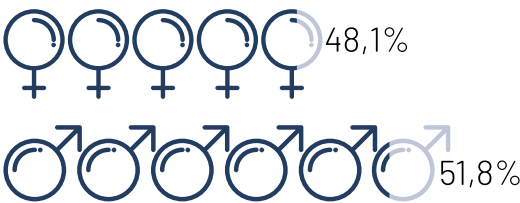
Indicador 12: Taxa total de Agravos de 12 a 17 anos

Definição: Número total de notificações de agravos na faixa etária de 12 a 17 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

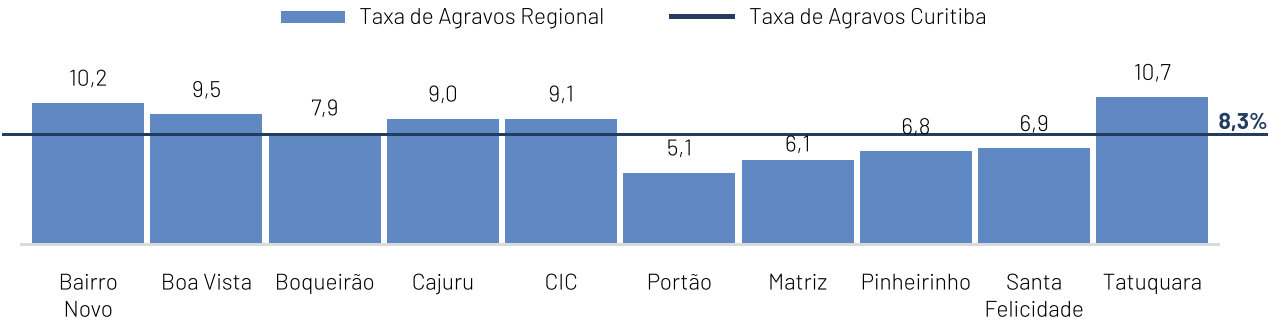
Ainda com maior representatividade, o gênero masculino (51,8%) destaca-se aqui novamente nas Regionais Tatuquara e Bairro Novo, com taxas aproximadamente 20% maiores que a de Curitiba, que gira em torno de 8,3 notificações a cada mil habitantes de 12 a 17 anos.

Tabela 3.11.10: Taxa de agravos na faixa etária de 12 a 17 anos de residentes em Curitiba

	Regional	Notificações	População de 12 a 17 anos	Taxa de Agravos*
1	Bairro Novo	166	16.350	10,2
2	Boa Vista	207	21.843	9,5
3	Boqueirão	149	18.834	7,9
4	Cajuru	188	20.987	9,0
5	CIC	181	19.855	9,1
6	Portão	70	13.722	5,1
7	Matriz	72	11.717	6,1
8	Pinheirinho	93	13.696	6,8
9	Santa Felicidade	90	13.067	6,9
10	Tatuquara	110	10.325	10,7
	Total	1.326	160.396	8,3



Fonte: SINAN/SMS, 2016.
*Por mil habitantes de 12 a 17 anos.



Nesta faixa etária, apesar de manter os dois primeiros motivos principais, o atendimento antirrábico toma a frente com 43,9% das notificações, seguido da varicela com 16,8%. O efeito tóxico de substâncias aparece em terceiro (16,1%) e, os animais peçonhentos como a quarta causa de maior notificação (6,9%).

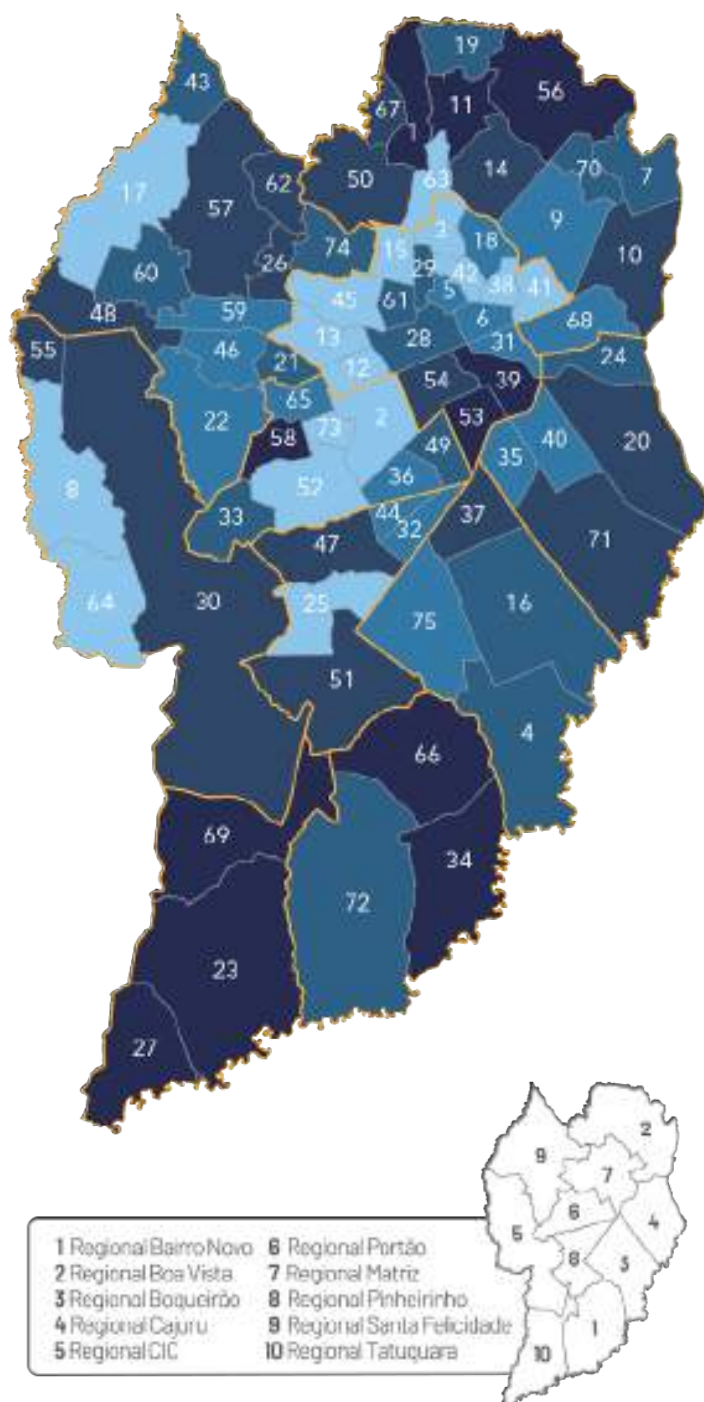
Tabela 3.11.12: Motivo das Notificações na faixa etária de 12 a 17 anos de residentes em Curitiba

Notificações	Quant.	(%)	(%) Acumulado
Antirrábicos	582	43,9%	43,9%
Varicela	223	16,8%	60,7%
Efeito tóxico de substância	213	16,1%	76,8%
Animais peçonhentos	91	6,9%	83,6%
Sífilis	70	5,3%	88,9%
Dengue	34	2,6%	91,5%
Circunstância relativa às condições de trabalho	32	2,4%	93,9%
Influenza	25	1,9%	95,8%
Hepatite viral	8	0,6%	96,4%
Meningite	11	0,8%	97,2%
Outros	37	2,8%	100,0%
Total	1.326	100,0%	-

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Agravos de 0 a 17 anos.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Notificações de 0 a 17 anos	População de 0 a 17 anos	Taxa de Agravos de 0 a 17 anos
Muito alto	27	Caximba	30	861	34,8
	53	Prado Velho	67	1703	39,3
	34	Ganchinho	107	4055	26,4
	58	Santa Quitéria	69	2596	26,6
	66	Sítio Cercado	792	34236	23,1
	39	Jardim Botânico	23	1048	21,9
	56	Santa Cândida	186	8531	21,8
	69	Tatuquara	403	18316	22,0
	23	Campo de Santana	198	9542	20,8
	1	Abranches	81	3527	23,0
Alto	11	Barreirinha	108	4062	26,6
	20	Cajuru	526	26264	20,0
	62	São João	26	812	32,0
	30	CIC	965	49900	19,3
	47	Novo Mundo	211	10230	20,6
	51	Pinheirinho	273	14027	19,5
	50	Pilarzinho	131	6970	18,8
	37	Hauer	52	2846	18,3
	71	Uberaba	385	20373	18,9
	67	Taboão	19	854	22,2
Médio	48	Orleans	37	2000	18,5
	10	Bairro Alto	196	11504	17,0
	54	Rebouças	39	2029	19,2
	57	Santa Felicidade	126	7668	16,4
	14	Boa Vista	102	6249	16,3
	55	Riviera	2	73	27,4
	26	Cascatinha	8	498	16,1
	24	Capão da Imbuia	79	4464	17,7
	33	Fazendinha	124	7244	17,1
	72	Umbará	97	5951	16,3
Baixo	16	Boqueirão	286	18522	15,4
	4	Alto Boqueirão	237	14710	16,1
	49	Parolin	60	3329	18,0
	60	São Braz	90	5740	15,7
	21	Campina do Siqueira	26	1387	18,7
	19	Cachoeira	64	2765	23,1
	74	Vista Alegre	29	2570	11,3
	29	Centro Cívico	6	605	9,9
	43	Lamenha Pequena	5	327	15,3
	61	São Francisco	11	842	13,1
Muito baixo	7	Atuba	56	4262	13,1
	70	Tingui	30	2622	11,4
	28	Centro	49	3955	12,4
	5	Alto da Glória	7	754	9,3
	32	Fanny	25	1848	13,5
	22	Campo Comprido	87	7567	11,5
	75	Xaxim	183	14842	12,3
	65	Seminário	10	1078	9,3
	59	Santo Inácio	17	1464	11,6
	68	Tarumã	17	1557	10,9
	36	Guaira	45	3623	12,4
	46	Mossunguê	30	2389	12,6
	31	Cristo Rei	15	1905	7,9
	44	Lindóia	23	2110	10,9
	35	Guabirota	27	2410	11,2
	9	Bacacheri	41	4312	9,5
	18	Cabral	18	2230	8,1
	6	Alto da Rua XV	8	1230	6,5
	40	Jardim das Américas	25	2834	8,8
	15	Bom Retiro	8	850	9,4
	17	Butiatuvinha	28	3418	8,2
	63	São Lourenço	9	1254	7,2
	25	Capão Raso	74	8542	8,7
	3	Ahú	12	2050	5,9
	45	Mercês	17	2111	8,1
	42	Juvevê	10	1749	5,7
	52	Portão	53	8266	6,4
	2	Água Verde	42	8240	5,1
	73	Vila Izabel	8	1961	4,1
	12	Batel	5	1395	3,6
	41	Jardim Social	3	969	3,1
	38	Hugo Lange	1	586	1,7
	13	Bigorriho	13	4013	3,2
	8	Augusta	5	2192	2,3
	64	São Miguel	3	1704	1,8

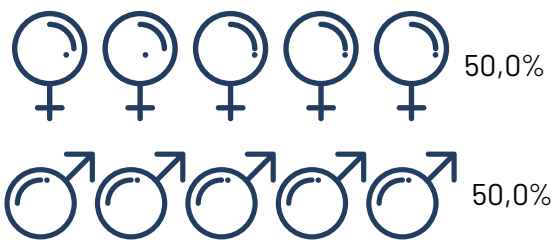
Indicador 13: Taxa total de Agravos de 18 a 21 anos

Definição: Número total de notificações de agravos na faixa etária de 18 a 21 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

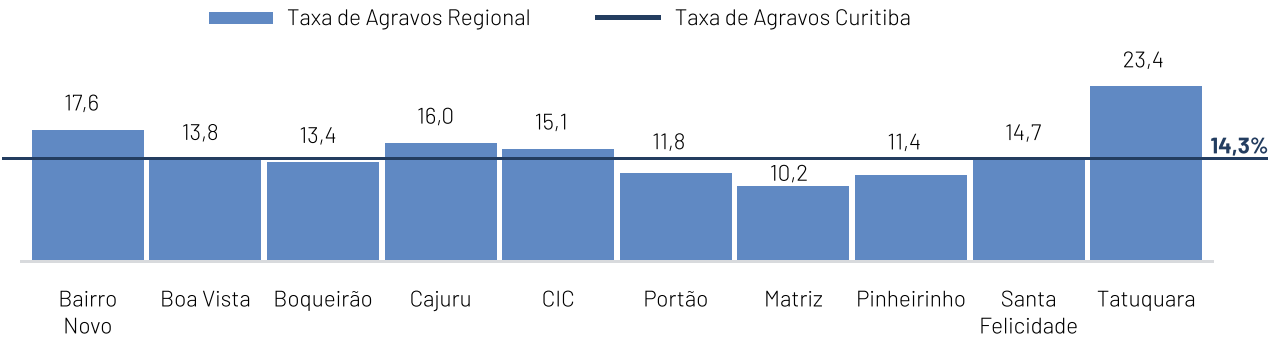
Na faixa etária de 18 a 21 anos houve um equilíbrio do percentual de notificações em relação ao gênero, 50,0% para cada, e nesta faixa etária a Regional Tatuquara se destaca sozinha como a maior taxa de notificação, 23,4 notificações a cada mil habitantes, sendo 60% maior que a de Curitiba em que a média é de 14,5 notificações a cada mil jovens.

Tabela 3.11.13: Taxa de agravos na faixa etária de 18 a 21 anos de residentes em Curitiba

	Regional	Notificações	População de 18 a 21 anos	Taxa de Agravos*
1	Bairro Novo	189	10.751	17,6
2	Boa Vista	221	16.011	13,8
3	Boqueirão	181	13.477	13,4
4	Cajuru	237	14.768	16,0
5	CIC	204	13.488	15,1
6	Portão	137	11.614	11,8
7	Matriz	152	14.837	10,2
8	Pinheirinho	117	10.221	11,4
9	Santa Felicidade	134	9.123	14,7
10	Tatuquara	140	5.972	23,4
	Não informado	9	-	-
	Total	1.721	120.262	14,3



Fonte: SINAN/SMS, 2016.
Nota: * por mil habitantes de 18 a 21 anos.



Dois motivos novos apresentam-se nas notificações da faixa etária de 18 a 21 anos: a sífilis, em segundo lugar com 18,0% das notificações e as circunstâncias relativas às condições de trabalho com 10,3%. Essas notificações, o Antirrábico (29,8%) e o Efeito tóxico de substância (12,4%), são responsáveis por 70,5% das notificações dos residentes em Curitiba. Em quinto lugar, nos jovens aparece Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], com 5,9% das notificações, o que equivale a 102 casos.

Tabela 3.11.14: Motivo das Notificações na faixa etária de 18 a 21 anos de residentes em Curitiba

Notificações	Quant.	(%)	(%) Acumulado
Antirrâbicos	513	29,8%	29,8%
Sífilis	310	18,0%	47,8%
Efeito tóxico de substância	213	12,4%	60,2%
Circunstância relativa às condições de trabalho	178	10,3%	70,5%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	102	5,9%	76,5%
Animais peçonhentos	100	5,8%	82,3%
Acidente de trabalho - Exposição a material biológico	98	5,7%	88,0%
Varicela	58	3,4%	91,3%
Dengue	29	1,7%	93,0%
Tuberculose respiratória	28	1,6%	94,7%
Influenza	23	1,3%	96,0%
Doenças causadas por protozoários complicando a gravidez, o parto e o puerpério	21	1,2%	97,2%
Infecção pelo HIV sem ser doente de Aids	13	0,8%	98,0%
Hepatite viral	12	0,7%	98,7%
Outros	23	1,3%	100,0%
Total	1.721	100,0%	-

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

3.11.1 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC QUE FAZEM ATENDIMENTOS ÀS DOENÇAS ESPECÍFICAS

Curitiba tem na rede de atendimento não governamental 3 instituições que atendem doenças específicas, sendo elas descritas no Quadro 8 a seguir.

Quadro 11: Descrição das Instituições de Atendimento a doenças

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA A MUCOVISCIDOSE – ABRAM
A Associação de Assistência à Mucoviscidose no Paraná - AAMPR, fundada no ano de em 1988, é uma entidade social de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob nº 81.712.697/0001-25, com sede a Rua: Engenheiro Rebouças, 2411 - Curitiba - PR, a qual oferece ao seu público usuário o atendimento multidisciplinar com profissionais das áreas de Fisioterapia e de Farmácia, bem como assistência psicossocial e material a 386 (trezentos e oitenta e seis), pessoas portadores de Fibrose Cística e seus familiares. A Fibrose Cística é uma doença genética, autossomática, progressiva e sem cura até o momento. A Fibrose Cística é causada por um distúrbio nas secreções das glândulas exócrinas (glândulas produtoras de muco), suor, saliva, lágrima e suco digestivo.
ASSOCIAÇÃO FÊNIX
A Associação Fênix é uma Organização Não Governamental – ONG, fundada em 21 de junho de 2006, tendo como missão combater a violência, dando ênfase a violência sexual e doméstica, conflitos familiares e atender crianças, adolescentes e jovens vivendo e/ou convivendo[1] com HIV/AIDS, por meio da socialização de informações e oferta de apoio psicossocial. Oferta oficinas lúdicas (saúde, meio ambiente, educacional, cultura, regras e combinados), reforço escolar, incentivo à leitura, dinâmicas em grupo e individual, atendimento psicológico individual e familiar, aconselhamento psicológico individual e em grupo, ludo terapia infantil, psicopedagogia, assistência social, visitas domiciliares e assistência jurídica.

PROJETO VIVENDO FELIZ DA ASSOCIAÇÃO FÊNIX

Faz atendimento a crianças, adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS e com Hepatites Virais, facilitando a convivência/reintegração familiar. Este projeto contempla as diferentes necessidades de saúde dos participantes e suas formas de expressão, o acesso aos serviços de saúde qualificados para a identificação das vulnerabilidades, para a atenção à saúde sexual e reprodutiva, para o acolhimento de demandas em direitos humanos, educação e promoção em saúde, assistência social, e para proteção em situações de violência.

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DOS OSTOMIZADOS

A Associação Paranaense dos Ostomizados é uma sociedade civil de utilidade pública sem fins lucrativos. Sobrevive com a ajuda e colaboração de associados e da comunidade através de serviços voluntários e doações. Tem como objetivos principais: a promoção e reintegração plena dos ostomizados na vida cotidiana; a solidariedade, prosperidade e valorização do grupo de ostomizados; a aproximação entre familiares e membros da APO, e o aprimoramento dos conhecimentos nas áreas voltadas ao atendimento de pessoas ostomizadas.

Fonte: OSC (Instituições de atendimento a doenças específicas), 2017.

Estas instituições atenderam 115 crianças, adolescentes e jovens, sendo que a maior parte é atendida pela Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose pelo diagnóstico de Fibrose Cística³² (87,0%).

Tabela 3.11.15: Total de atendimentos por instituição não governamental de atendimento às doenças

Instituições Não Governamentais	Atendimentos	(%)
Associação Brasileira de Assistência a Mucoviscidose	100	87,0%
Associação Fênix	8	7,0%
Associação Paranaense dos Ostomizados - APO	7	6,1%
Total	115	100,0%

Fonte: OSC (Instituições de atendimento a doenças específicas), 2016.

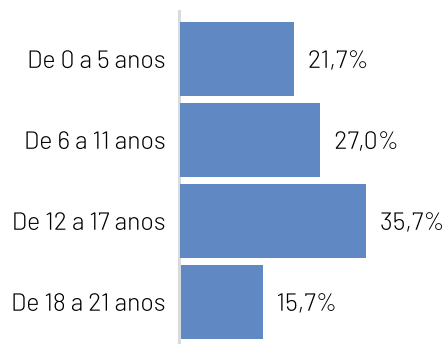
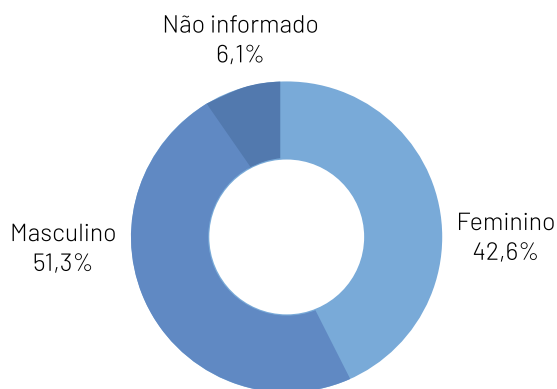
Os perfis dos atendimentos na maioria são gênero masculino (51,3%), com idade entre 12 e 17 anos (35,7%).

Tabela 3.11.16: Perfil das crianças, adolescentes e jovens atendidas nas instituições

Resposta	Quant.	(%)	Resposta	Quant.	(%)
Feminino	49	42,6%	De 0 a 5 anos	25	21,7%
Masculino	59	51,3%	De 6 a 11 anos	31	27,0%
Não informado	7	6,1%	De 12 a 17 anos	41	35,7%
Total	115	100,0%	De 18 a 21 anos	18	15,7%
			Total	115	51,3%

Fonte: OSC (Instituições de atendimento a doenças específicas), 2016.

Fonte: OSC (Instituições de atendimento a doenças específicas), 2016.



³² Fibrose Cística é uma doença genética, crônica, que afeta principalmente os pulmões, pâncreas e o sistema digestivo (ABRAM, s/d)

Do total de atendimento, um terço (33,9%) são da RM de Curitiba e quase a metade (48,7%) não tinha residência informada.

Tabela 3.11.17: Atendimento por região de residência

Região		De 0 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	Bairro Novo	1	1,0%	-	0,0%	1	0,9%
2	Boa Vista	3	3,1%	2	11,1%	5	4,3%
3	Boqueirão		0,0%	2	11,1%	2	1,7%
4	Cajuru	2	2,1%	1	5,6%	3	2,6%
5	CIC	-	0,0%	-	0,0%	0	0,0%
6	Portão	2	2,1%	-	0,0%	2	1,7%
7	Matriz	1	1,0%	1	5,6%	2	1,7%
8	Pinheirinho	-	0,0%	1	5,6%	1	0,9%
9	Santa Felicidade	-	0,0%	-	0,0%	0	0,0%
10	Tatuquara	-	0,0%	-	0,0%	0	0,0%
	Outros municípios da RM	36	37,1%	3	16,7%	39	33,9%
	Outros municípios do PR	4	4,1%	-	0,0%	4	3,5%
	Outros estados	-	0,0%	-	0,0%	0	0,0%
	Não informado	48	49,5%	8	44,4%	56	48,7%
Total		97	100,0%	18	100,0%	115	100,0%

Fonte: OSC (Instituições de atendimento a doenças específicas), 2016.

3.12 MORTALIDADE

O Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, coleta dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde (MS, s/d).

Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerado uma importante ferramenta de gestão na área da saúde, e foi base para análise do tema de mortalidade em Curitiba, iniciando com o indicador de taxa de mortalidade infantil.

Indicador 14: Taxa de Mortalidade Infantil

Definição: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

Esta taxa estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida sendo geralmente classificadas como altas (50 ou mais), médias (20 a 49) e baixas (menos de 20). Isso em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. (DATASUS, 2000).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida, sendo que taxas elevadas de óbitos neonatais³³ estão preponderantemente associadas a fatores da gestação e do parto, enquanto que, no período pós-neonatal³⁴, predominam as causas ambientais (RIPSA, 2008). A taxa de mortalidade infantil que abrange tanto a mortalidade neonatal como pós-neonatal é de 8,6 óbitos a cada mil nascidos vivos em Curitiba, sendo a taxa de 2016 do município quase 30% menor que a do Brasil em 2015 (12,4)³⁵.

Novamente temos a Regional Tatuquara com um indicador acima da média do município, de 14,1 óbitos por mil nascidos vivos. Ela pode ser considerada baixa pelos parâmetros apresentados anteriormente, porém ela se destaca da realidade do município e que consegue ter Regionais com taxas de mortalidade em torno de 6 óbitos a cada mil nascidos vivos (Regional Matriz e Regional Boa Vista).

Este indicador tem como objetivo *“subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, ao parto e à proteção da saúde infantil”* (DATASUS, 2000). Deve-se olhar a Regional Tatuquara com uma atenção maior para aproximá-la aos níveis de mortalidade do município. Nesse contexto sugere-se também que a Regional Boqueirão tenha o mesmo aprofundamento, pois possui a segunda maior taxa de mortalidade infantil (11,8).

³³ Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos (RIPSA, 2000).

³⁴ Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos (RIPSA, 2000).

³⁵ A comparação foi feita entre anos diferentes, pois o site do DATASUS não tinha informações disponíveis do ano de 2016 consolidadas disponíveis. Isso se deve ao fluxo normal de informações.

Tabela 3.12.1: Taxa* de Mortalidade Infantil por Regional e distrito Sanitário de residentes em Curitiba no ano de 2016

Regional		Óbitos de menores de 1 ano	Nascidos Vivos	Taxa de Mortalidade Infantil
1	Bairro Novo	20	2.320	8,6
2	Boa Vista	18	3.202	5,6
3	Boqueirão	29	2.457	11,8
4	Cajuru	29	2.718	10,7
5	CIC	21	2.723	7,7
6	Portão	14	2.099	6,7
7	Matriz	12	1.864	6,4
8	Pinheirinho	14	1.995	7,0
9	Santa Felicidade	15	1.990	7,5
10	Tatuquara	25	1.772	14,1
Não informado		3	75	-
Total		200	23.215	8,6

Distrito Sanitário		Taxa de Mortalidade Infantil
1	Bairro Novo	8,37
2	Boa Vista	6,03
3	Boqueirão	11,85
4	Cajuru	10,28
5	CIC	8,24
6	Portão	6,03
7	Matriz	5,13
8	Pinheirinho	7,34
9	Santa Felicidade	8,38
10	Tatuquara	15,02
Total		8,62

Fonte: SMS/CE (SIM e SINASC - Dados preliminares), 2016.

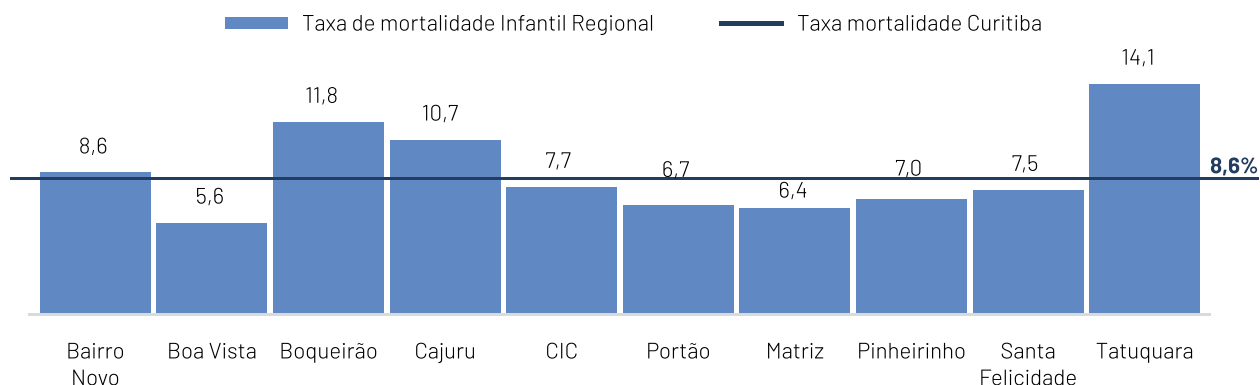
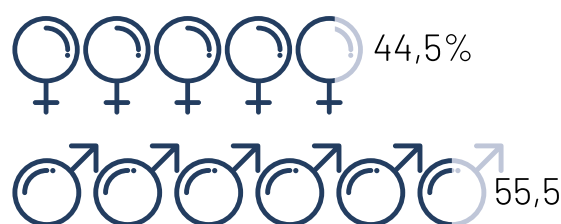
Nota: Taxa calculada e disponibilizada pela SMS Curitiba.

Fonte: SMS/CE (SIM e SINASC - Dados preliminares), 2016.

*Taxa por 1.000 Nascidos Vivos

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	
Brasil	12,4
Paraná	10,9

Fonte: SIM e SINASC/DATASUS, 2015.



CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL

As principais causas da mortalidade infantil em Curitiba no ano de 2016, estão relacionadas ao Capítulo XVI do CID 10 "Afecções originadas no período perinatal"³⁶, representando 57% das causas. Esta causa específica preocupa mais se desagregarmos a informação por Regional, pois na Regional Bairro Novo o percentual de óbitos por esta causa chegou a 82,4%³⁷ e, nas Regionais, Boqueirão e Tatuquara, apesar de representar um percentual menor, em ambas os óbitos por esta causa somaram mais que a média de Curitiba (57%), sendo 64,0% e, 68,2%³⁸, respectivamente.

Tabela no 3.12.2 - Causas da mortalidade infantil

Causas da Mortalidade (Capítulo CID10)	Quant.	(%) Causas
XVI. Afecções originadas no período perinatal	114	57,0%
XVII. Má formação congênita e anomalias cromossômicas	66	33,0%
X. Doenças do aparelho respiratório	4	2,0%
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	1,0%
Outras causas	14	7,0%
Total	200	100,0%

Fonte: SMS/CE (SIM - Dados preliminares), 2016.

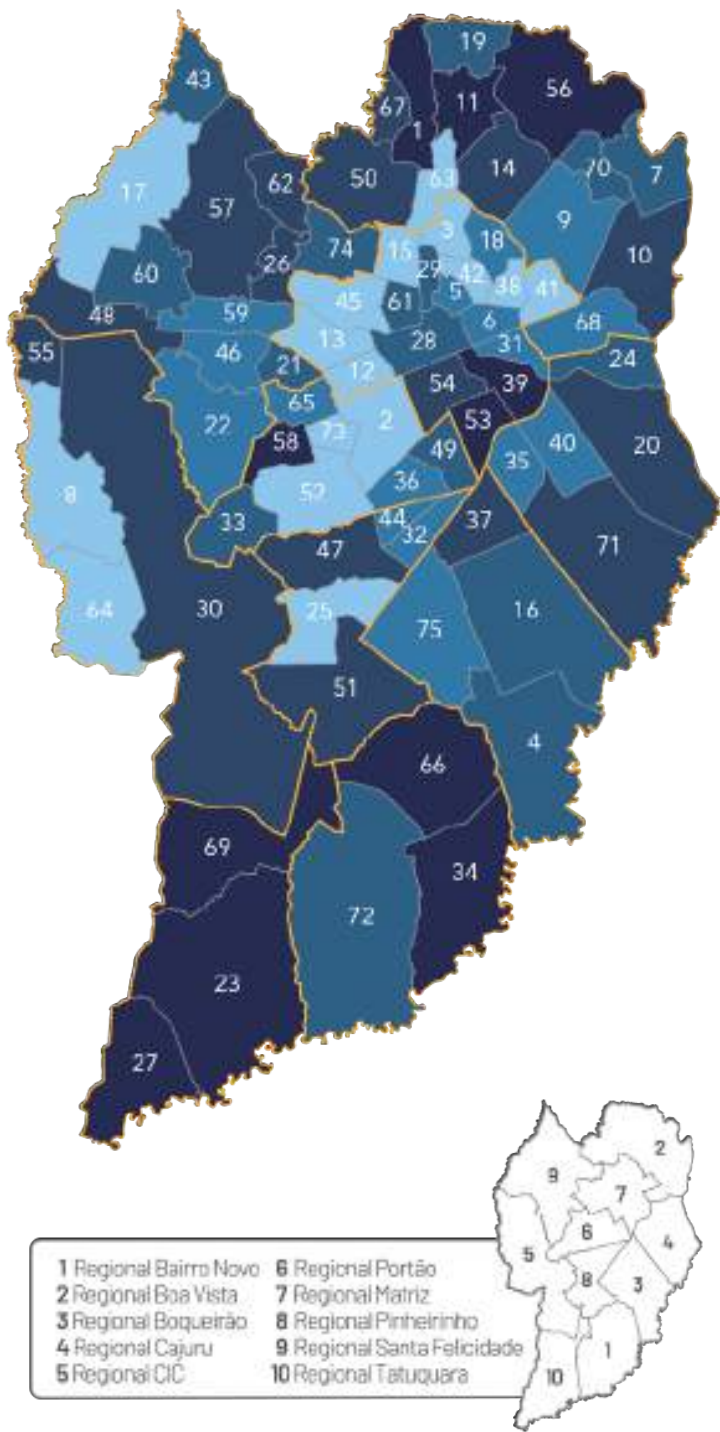
36 Capítulo XVI da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (DATASUS, 2008)

37 Dos 17 óbitos, 14 foram especificados com esta causa.

38 Na Regional Boqueirão, dos 25 óbitos, 16 foram por esta causa e, na Regional Tatuquara dos 22 óbitos, 15 foram por essa causa.

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Mortalidade Infantil.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Óbitos de menores de 1 ano	Nascidos Vivos	Taxa de Mortalidade Infantil
Muito alto	64 São Miguel	2	23	87,0
	5 Alto da Glória	2	72	27,8
	67 Taboão	1	43	23,3
	1 Abranches	3	165	18,2
	65 Seminário	1	55	18,2
	69 Tatuquara	19	1.111	17,1
	3 Ahú	2	117	17,1
	60 São Braz	5	299	16,7
	40 Jardim das Américas	2	123	16,3
	4 Alto Boqueirão	9	595	15,1
Alto	45 Mercês	2	134	14,9
	17 Butiatuvinha	2	145	13,8
	49 Parolin	2	166	12,0
	59 Santo Inácio	1	84	11,9
	75 Xaxim	9	756	11,9
	70 Tingui	2	172	11,6
	20 Cajuru	15	1.298	11,6
	27 Caximba	1	92	10,9
	51 Pinheirinho	8	741	10,8
	24 Capão da Imbuia	2	192	10,4
Médio	16 Boqueirão	9	888	10,1
	71 Uberaba	10	997	10,0
	66 Sítio Cercado	17	1.795	9,5
	47 Novo Mundo	5	539	9,3
	37 Hauer	2	218	9,2
	36 Guaira	2	221	9,0
	57 Santa Felicidade	4	451	8,9
	28 Centro	3	341	8,8
	23 Campo de Santana	5	569	8,8
	56 Santa Cândida	5	574	8,7
Baixo	54 Rebouças	1	118	8,5
	52 Portão	4	485	8,2
	9 Bacacheri	2	261	7,7
	72 Umbará	2	265	7,5
	30 CIC	19	2.609	7,3
	31 Cristo Rei	1	159	6,3
	58 Santa Quitéria	1	177	5,6
	13 Bigorriho	1	191	5,2
	33 Fazendinha	2	383	5,2
	10 Bairro Alto	3	578	5,2
Muito baixo	7 Atuba	1	205	4,9
	46 Mossunguê	1	211	4,7
	11 Barreirinha	1	214	4,7
	2 Água Verde	2	450	4,4
	34 Ganchinho	1	260	3,8
	22 Campo Comprido	1	481	2,1
	25 Capão Raso	1	529	1,9
	6 Alto da Rua XV	0	72	0,0
	8 Augusta	0	86	0,0
	12 Batel	0	87	0,0
	14 Boa Vista	0	382	0,0
	15 Bom Retiro	0	45	0,0
	18 Cabral	0	127	0,0
	19 Cachoeira	0	132	0,0
	21 Campina do Siqueira	0	52	0,0
	26 Cascatinha	0	26	0,0
	29 Centro Cívico	0	53	0,0
	32 Fanny	0	83	0,0
	35 Guabirota	0	108	0,0
	38 Hugo Lange	0	30	0,0
	39 Jardim Botânico	0	58	0,0
	41 Jardim Social	0	29	0,0
	42 Juvevê	0	91	0,0
	43 Lamenha Pequena	0	6	0,0
	44 Lindóia	0	103	0,0
	48 Orleans	0	90	0,0
	50 Pilarzinho	0	349	0,0
	53 Prado Velho	0	77	0,0
	55 Riviera	0	5	0,0
	61 São Francisco	0	63	0,0
	62 São João	0	46	0,0
	63 São Lourenço	0	57	0,0
	68 Tarumã	0	70	0,0
	73 Vila Izabel	0	162	0,0
	74 Vista Alegre	0	99	0,0

Em se tratando da mortalidade infantil, algumas outras taxas são acompanhadas pela SMS de Curitiba. Estas são apresentadas a seguir, e logo adiante os valores são apresentados na tabela.

Indicador 15: Taxa de mortalidade infantil no período neonatal precoce

Definição: Número de óbitos de crianças com até 6 dias completos de vida, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

Indicador 16: Taxa de mortalidade infantil no período neonatal tardio

Definição: Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

Indicador 17: Taxa de mortalidade infantil no período pós-neonatal

Definição: Número de óbitos de crianças entre 28 e 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

As três taxas trazem a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o período especificado em cada taxa e suas causas subsidiam processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Além disso, os Indicadores, 16 e 17, podem trazer informações de variações geográficas e contribuir para a análise comparada das condições de saúde e socioeconômicas.

A tabela 3.12.3 com cada uma das taxas de mortalidade que mostram o Distrito Sanitário do Tatuquara, recém-criado em 2016, com as taxas mais altas de mortalidade no período neonatal, precoce ou tardio, lembrando que este distrito tem uma das maiores taxas de natalidade do município.

Tabela 3.12.3: Taxas* de mortalidade infantil por Distrito Sanitário de residentes em Curitiba no ano de 2016

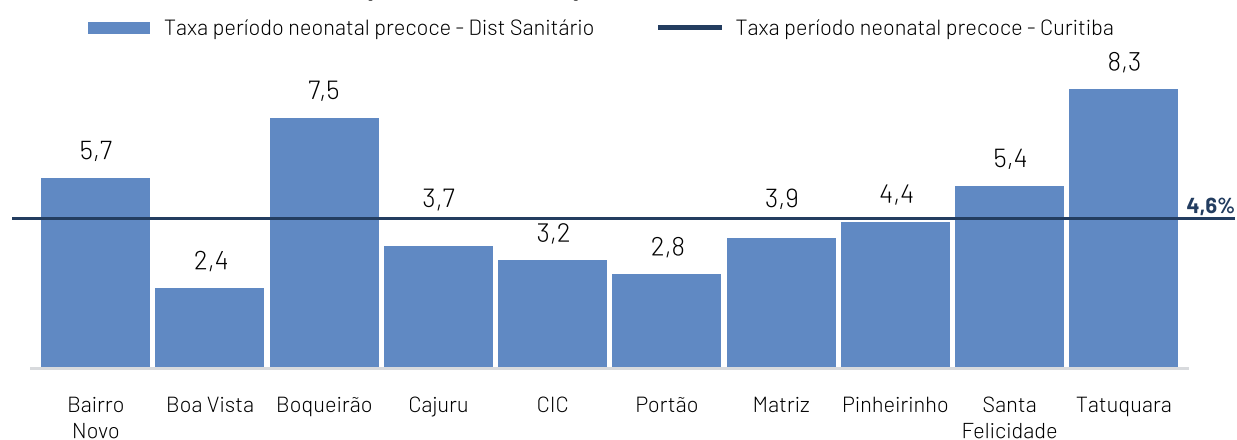
	Distrito Sanitário	Taxa de mortalidade infantil no período neonatal precoce	Taxa de mortalidade infantil no período neonatal tardio	Taxa de mortalidade infantil no período pós-neonatal
1	Bairro Novo	5,7	0,9	1,8
2	Boa Vista	2,4	1,8	1,8
3	Boqueirão	7,5	2,4	2,0
4	Cajuru	3,7	1,5	5,1
5	CIC	3,2	0,4	4,7
6	Portão	2,8	0,9	2,3
7	Matriz	3,9	0,0	1,3
8	Pinheirinho	4,4	1,0	2,0
9	Santa Felicidade	5,4	0,5	2,5
10	Tatuquara	8,3	4,5	2,2
	Total	4,6	1,4	2,7

Fonte: SMS/CE (SIM e SINASC - Dados preliminares), 2016.

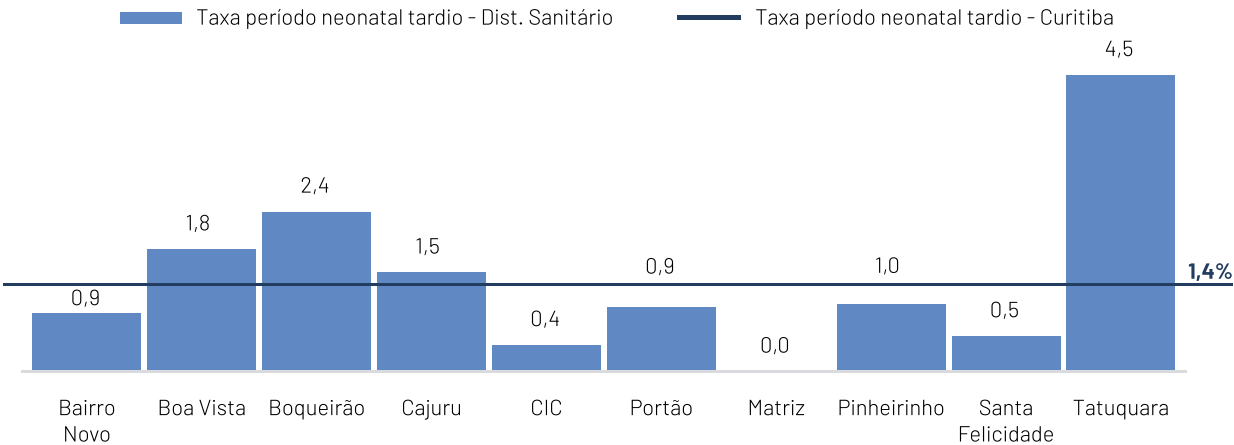
Nota: Taxa calculada e disponibilizada pela SMS Curitiba.

*Taxa por 1.000 Nascidos Vivos

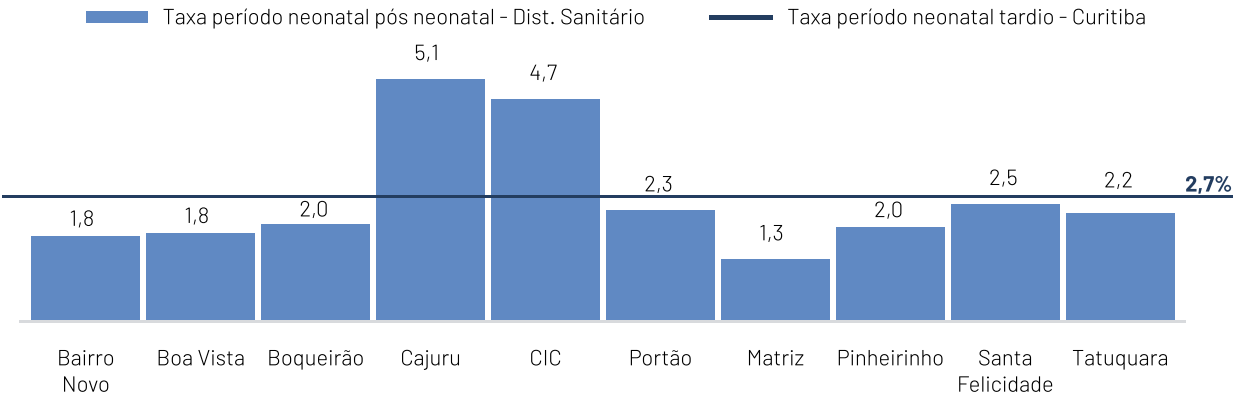
Taxa de mortalidade infantil no período neonatal precoce



Taxa de mortalidade infantil no período neonatal tardio



Taxa de mortalidade infantil no período pós-neonatal



Indicador 18: Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos (pós-infantil)

Definição: Número de óbitos de crianças menores de cinco anos, pelo número de nascidos vivos de mães residentes no município, em determinada região geográfica.

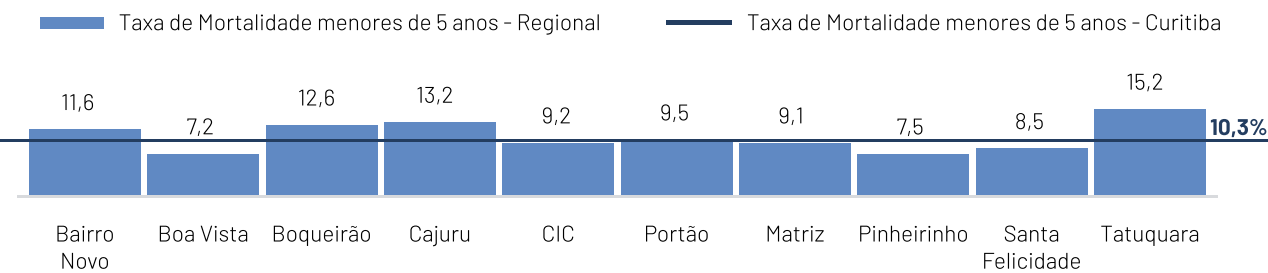
Utilizou-se da mesma metodologia dos indicadores anteriores (RIPSA), ou seja, contabilizou-se o número de óbitos na faixa etária de menores de 5 anos, sobre o total de nascidos vivos de mães residentes no município, vezes mil para alcançarmos a taxa.

Tanto a taxa por Regional, como por Distrito Sanitário, mostra o Tatuquara com a maior taxa de mortalidade de menores de 5 anos, seguido das regiões do Cajuru, Boqueirão e Bairro Novo, estas também com uma taxa superior a do município, que é de 10,4 óbitos a cada mil nascidos vivos.

Tabela 3.12.4: Taxa* de mortalidade de menores de 5 anos por Regional e Distrito Sanitário de residentes em Curitiba no ano de 2016

Regional				Distrito Sanitário		Taxa de Mortalidade menores de 5 anos
		Óbitos de menores de 5 anos	Nascidos vivos			
1	Bairro Novo	27	2.320	1	Bairro Novo	11,5
2	Boa Vista	23	3.202	2	Boa Vista	7,6
3	Boqueirão	31	2.457	3	Boqueirão	12,7
4	Cajuru	36	2.718	4	Cajuru	12,5
5	CIC	25	2.723	5	CIC	9,7
6	Portão	20	2.099	6	Portão	8,8
7	Matriz	17	1.864	7	Matriz	8,4
8	Pinheirinho	15	1.995	8	Pinheirinho	7,9
9	Santa Felicidade	17	1.990	9	Santa Felicidade	9,4
10	Tatuquara	27	1.772	10	Tatuquara	16,2
	Não informado	3	75			
Total		241	23.215	Total		10,3

Fonte: SMS/CE (SIM e SINASC - Dados preliminares), 2016.
*Taxa por 1.000 Nascidos Vivos



Como a maioria dos óbitos com menores de 5 anos ocorre até 1 ano, no caso foram 200, e de 1 a 5 anos foram 41, as principais causas acabam sendo as mesmas já comentadas anteriormente. O que se difere é que nesta faixa etária a 5ª principal causa se refere ao capítulo de Neoplasias do Código CID 10, representando 2,1% dos óbitos.

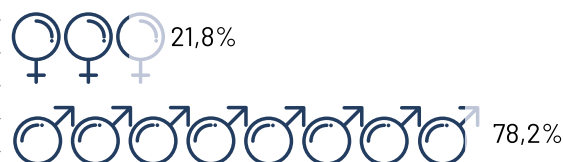
Indicador 19: Taxa de Mortalidade na Adolescência³⁹

Definição: Número de óbitos de adolescentes de 12 a 17 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

Outra taxa de mortalidade construída para Curitiba foi, a de mortalidade por adolescentes de 12 a 17 anos. Seguindo o mesmo raciocínio de cálculo, somando o total de óbitos na faixa etária pelo total populacional da mesma, Curitiba apresentou 0,5 mortes a cada mil habitantes de 12 a 17 anos, tendo a Regional Santa Felicidade com a menor Taxa (0,2) e a Regional CIC com a maior taxa (0,7).

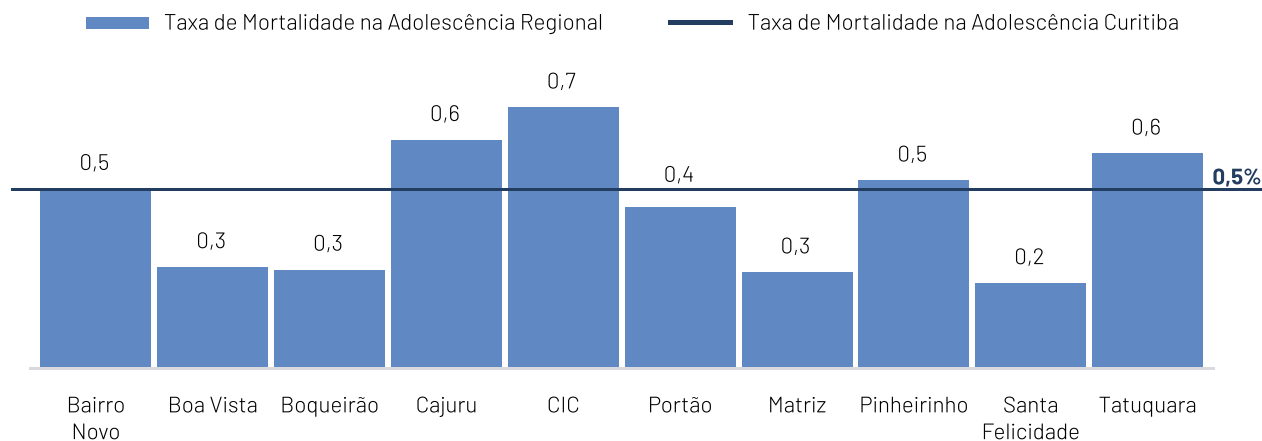
Tabela 3.12.5: Taxa* de Mortalidade na Adolescência por Regional de residentes em Curitiba no ano de 2016

	Regional	Óbitos na Adolescência	População de 12 a 17 anos	Taxa de Mortalidade na Adolescência
1	Bairro Novo	8	16.350	0,5
2	Boa Vista	6	21.843	0,3
3	Boqueirão	5	18.834	0,3
4	Cajuru	13	20.987	0,6
5	CIC	14	19.855	0,7
6	Portão	5	13.722	0,4
7	Matriz	3	11.717	0,3
8	Pinheirinho	7	13.696	0,5
9	Santa Felicidade	3	13.067	0,2
10	Tatuquara	6	10.325	0,6
	Não informado	9	-	-
	Total	79	160.396	0,5



Fonte: SMS/CE (SIM - Dados preliminares), 2016.

*Taxa por 1.000 Nascidos Vivos



39 Sabe-se que esta taxa não é acompanhada pela SMS e por Regional nesta faixa etária, porém ela foi calculada por ser de interesse do ECA, pois sua principal causa não está na gerência da saúde, e sim de outras políticas.

CAUSAS DA MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA:

Nesta faixa etária, a maior causa de óbitos são as externas em 73,4% dos casos. As causas externas estão associadas a ocorrências e circunstâncias ambientais como a causa de lesões, envenenamento e outras causas adversas. Dentro das causas externas as três principais causas foram: 67,2% dos óbitos ocorreram por agressão por disparo de arma de fogo; 10,3% Afogamento e acidental; e, 5,2% acidente de automóvel.

Tabela 3.12.6 – Causas da mortalidade de adolescentes entre 12 e 17 anos

Causas da Mortalidade	Quant.	(%) Causas
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	58	73,4%
II - Neoplasias (tumores)	6	7,6%
VI - Doenças do sistema nervoso	5	6,3%
IX - Doenças do aparelho circulatório	4	5,1%
X - Doenças do aparelho respiratório	2	2,5%
Outras causas	4	5,1%
Total	79	73,4%

Fonte: SMS/CE (SIM - Dados preliminares), 2016.

Nota: Neste capítulo XX da CID10, são encontrados os seguintes agrupamentos:

V01-X59 Acidentes

X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente

X85-Y09 Agressões

Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra

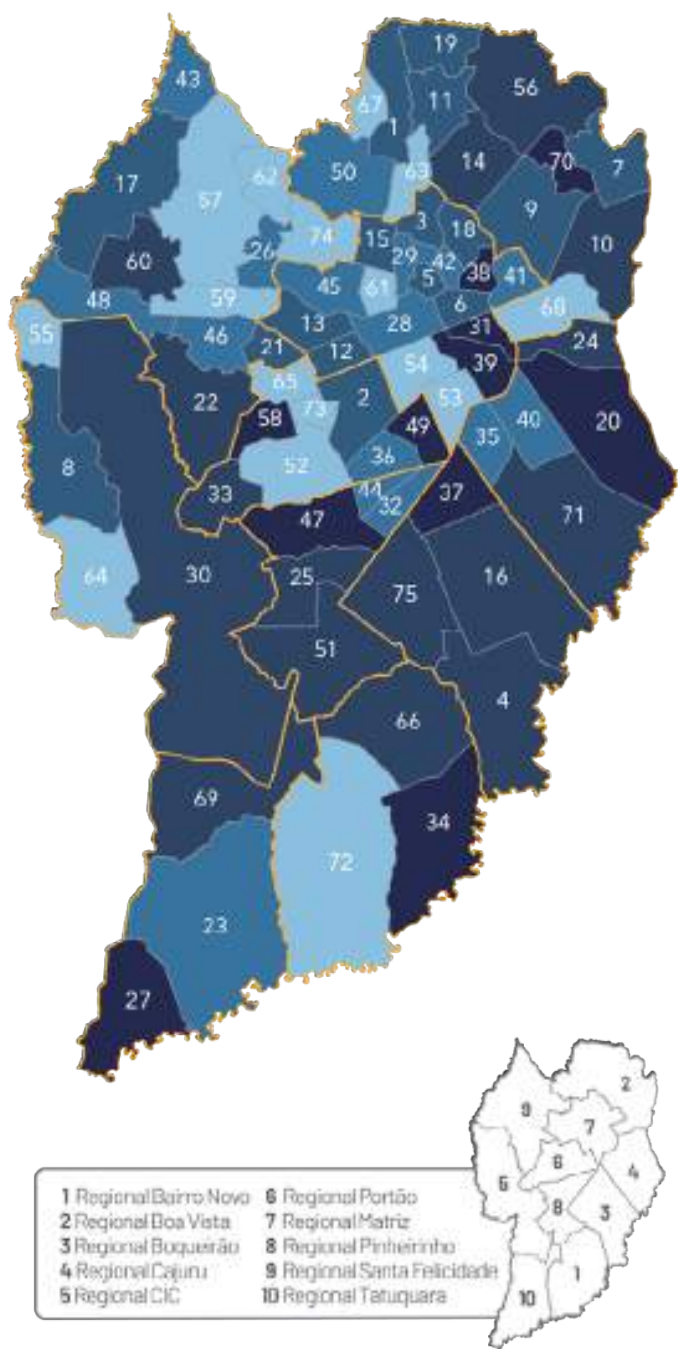
Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica

Y85-Y89 Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade

Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Mortalidade na Adolescência.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor	Nº	Bairro	Óbitos na Adolescência	População de 12 a 17 anos	Taxa de Mortalidade na Adolescência
Muito alto	27	Caximba	2	299	6,7
	38	Hugo Lange	1	217	4,6
	39	Jardim Botânico	1	398	2,5
	49	Parolin	3	1201	2,5
	34	Ganchinho	2	1459	1,4
	31	Cristo Rei	1	740	1,4
	70	Tingui	1	946	1,1
	20	Cajuru	10	9729	1,0
	58	Santa Quitéria	1	977	1,0
	37	Hauer	1	1071	0,9
Alto	47	Novo Mundo	3	3817	0,8
	30	CIC	14	18428	0,8
	22	Campo Comprido	2	2704	0,7
	56	Santa Cândida	2	3127	0,6
	25	Capão Raso	2	3176	0,6
	69	Tatuquara	4	6818	0,6
	24	Capão da Imbuia	1	1806	0,6
	60	São Braz	1	2101	0,5
	66	Sítio Cercado	6	12666	0,5
	10	Bairro Alto	2	4284	0,5
Médio	14	Boa Vista	1	2407	0,4
	51	Pinheirinho	2	5176	0,4
	33	Fazendinha	1	2627	0,4
	16	Boqueirão	2	6825	0,3
	71	Uberaba	2	7532	0,3
	4	Alto Boqueirão	1	5377	0,2
	75	Xaxim	1	5561	0,2
	1	Abranches	0	1297	0,0
	2	Água Verde	0	3256	0,0
	3	Ahú	0	754	0,0
Baixo	5	Alto da Glória	0	295	0,0
	6	Alto da Rua XV	0	461	0,0
	7	Atuba	0	1565	0,0
	8	Augusta	0	762	0,0
	9	Bacacheri	0	1680	0,0
	11	Barreirinha	0	1495	0,0
	12	Batel	0	577	0,0
	13	Bigorrião	0	1471	0,0
	15	Bom Retiro	0	320	0,0
	17	Butiatuvinha	0	1338	0,0
Muito baixo	18	Cabral	0	776	0,0
	19	Cachoeira	0	1033	0,0
	21	Campina do Siqueira	0	483	0,0
	23	Campo de Santana	0	3208	0,0
	26	Cascatinha	0	196	0,0
	28	Centro	0	1792	0,0
	29	Centro Cívico	0	241	0,0
	32	Fanny	0	725	0,0
	35	Guabirotuba	0	911	0,0
	36	Guaíra	0	1417	0,0
	40	Jardim das Américas	0	1009	0,0
	41	Jardim Social	0	382	0,0
	42	Juvevê	0	652	0,0
	43	Lamenha Pequena	0	117	0,0
	44	Lindóia	0	802	0,0
	45	Mercês	0	830	0,0
	46	Mossunguê	0	801	0,0
	48	Orleans	0	742	0,0
	50	Pilarzinho	0	2618	0,0
	52	Portão	0	3077	0,0
	53	Prado Velho	0	616	0,0
	54	Rebouças	0	847	0,0
	55	Riviera	0	25	0,0
	57	Santa Felicidade	0	2752	0,0
	59	Santo Inácio	0	559	0,0
	61	São Francisco	0	348	0,0
	62	São João	0	304	0,0
	63	São Lourenço	0	459	0,0
	64	São Miguel	0	640	0,0
	65	Seminário	0	476	0,0
	67	Taboão	0	284	0,0
	68	Tarumã	0	648	0,0
	72	Umbará	0	2225	0,0
	73	Vila Izabel	0	691	0,0
	74	Vista Alegre	0	970	0,0

Indicador 20: Taxa de Mortalidade na Juventude

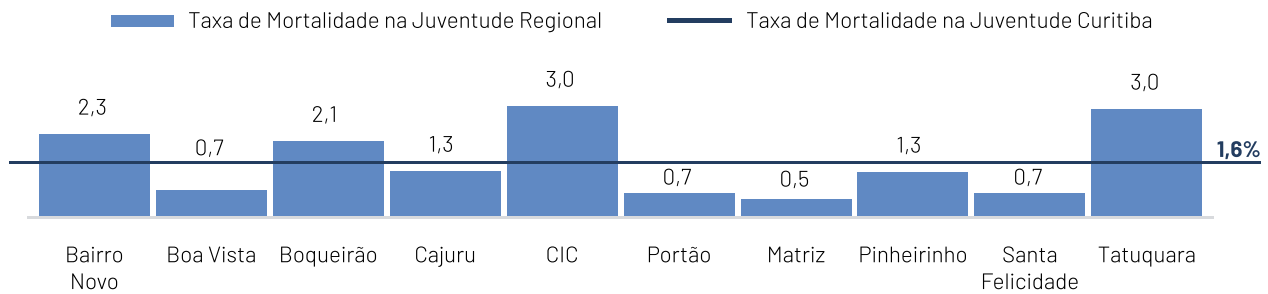
Definição: Número de óbitos de jovens de 18 a 21 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

A taxa de óbitos na juventude é de 1,6 jovens a cada mil em Curitiba. A Regional Tatuquara e a CIC têm uma taxa 87% maior que a de Curitiba, com 3 mortes a cada mil jovens.

Tabela 3.12.7: Taxa* de mortalidade na juventude por Regional de residentes em Curitiba no ano 2016

Regional	Óbitos na Juventude	População de 18 a 21 anos	Taxa de Mortalidade na Juventude*
1 Bairro Novo	25	10.751	2,3
2 Boa Vista	12	16.011	0,7
3 Boqueirão	28	13.477	2,1
4 Cajuru	19	14.768	1,3
5 CIC	41	13.488	3,0
6 Portão	8	11.614	0,7
7 Matriz	7	14.837	0,5
8 Pinheirinho	13	10.221	1,3
9 Santa Felicidade	6	9.123	0,7
10 Tatuquara	18	5.972	3,0
Não informado	11	-	-
Total	188	120.262	1,6

Fonte: SMS/CE (SIM - Dados preliminares), 2016. Nota:
*Taxa por 1.000 Nascidos Vivos



CAUSAS DA MORTALIDADE NA JUVENTUDE:

Nesta faixa etária também temos como principal causa de morte, as causas externas referentes ao capítulo XX da CID10, representando 84,6% dos óbitos. Dentro das causas externas as três principais causas foram: 59,8% dos óbitos ocorreram por agressão por disparo de arma de fogo; 6,9% lesões autoprovocadas voluntariamente; e, 6,3% motociclistas traumatizados em acidente.

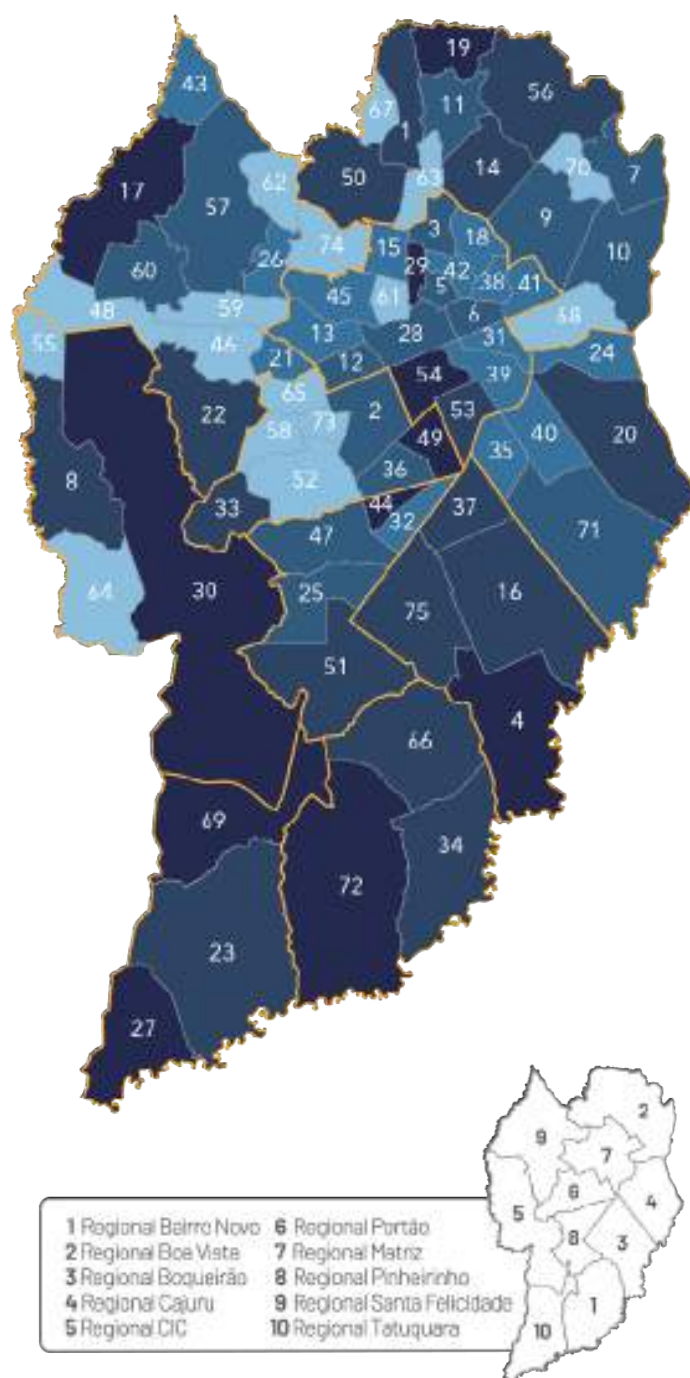
Tabela 3.12.8 – Causas da mortalidade de jovens entre 18 a 21 anos

Causas da Mortalidade	Quant.	(%) Causas
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	159	84,6%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	2,7%
XI - Doenças do aparelho digestivo	5	2,7%
II - Neoplasmas (tumores)	4	2,1%
VI - Doenças do sistema nervoso	4	2,1%
X - Doenças do aparelho respiratório	4	2,1%
XVII - Má formação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas	3	1,6%
IX - Doenças do aparelho circulatório	2	1,1%
Outras causas	2	1,1%
Total	188	100,0%

Fonte: SMS/CE (SIM- Dados preliminares), 2016.

Representação gráfica dos bairros por Taxa de Mortalidade Juvenil.

O mapa a seguir mostra a divisão dos bairros de Curitiba em cinco categorias conforme o indicador, diferenciando os bairros com maiores taxas dos com menores taxas conforme escala de cores.



Cor Nº	Bairro	Óbitos na Juventude	População de 18 a 21 anos	Taxa de Mortalidade na Juventude
Muito alto	72 Umbará	10	1335	7,5
	27 Caximba	1	193	5,2
	49 Parolin	3	807	3,7
	69 Tatuquara	14	3994	3,5
	44 Lindóia	2	584	3,4
	29 Centro Cívico	1	296	3,4
	4 Alto Boqueirão	12	3716	3,2
	30 CIC	38	12566	3,0
	19 Cachoeira	2	684	2,9
	54 Rebouças	4	1388	2,9
Alto	17 Butiatuvinha	2	881	2,3
	20 Cajuru	14	6823	2,1
	75 Xaxim	8	3907	2,0
	53 Prado Velho	1	499	2,0
	8 Augusta	1	502	2,0
	23 Campo de Santana	3	1785	1,7
	66 Sítio Cercado	14	8611	1,6
	51 Pinheirinho	6	3726	1,6
	33 Fazendinha	3	1874	1,6
	50 Pilarzinho	3	1899	1,6
Médio	16 Boqueirão	7	5009	1,4
	56 Santa Cândida	3	2163	1,4
	34 Ganchinho	1	805	1,2
	37 Hauer	1	845	1,2
	1 Abranches	1	858	1,2
	22 Campo Comprido	2	1795	1,1
	14 Boa Vista	2	1885	1,1
	71 Uberaba	5	4955	1,0
	36 Guaira	1	1013	1,0
	25 Capão Raso	2	2395	0,8
Baixo	47 Novo Mundo	2	2960	0,7
	60 São Braz	1	1510	0,7
	57 Santa Felicidade	1	1902	0,5
	10 Bairro Alto	1	3123	0,3
	2 Água Verde	1	3460	0,3
	28 Centro	1	3845	0,3
	3 Ahú	0	596	0,0
	5 Alto da Glória	0	330	0,0
	6 Alto da Rua XV	0	449	0,0
	7 Atuba	0	1002	0,0
Muito baixo	9 Bacacheri	0	1404	0,0
	11 Barreirinha	0	1125	0,0
	12 Batel	0	761	0,0
	13 Bigorrião	0	2010	0,0
	15 Bom Retiro	0	319	0,0
	18 Cabral	0	775	0,0
	21 Campina do Siqueira	0	472	0,0
	24 Capão da Imbuia	0	1378	0,0
	26 Cascatinha	0	118	0,0
	31 Cristo Rei	0	986	0,0
	32 Fanny	0	556	0,0
	35 Guabirota	0	678	0,0
	38 Hugo Lange	0	171	0,0
	39 Jardim Botânico	0	404	0,0
	40 Jardim das Américas	0	934	0,0
	41 Jardim Social	0	309	0,0
	42 Juvevê	0	596	0,0
	43 Lamenha Pequena	0	87	0,0
	45 Mercês	0	714	0,0
	46 Mossunquê	0	599	0,0
	48 Orleans	0	465	0,0
	52 Portão	0	2646	0,0
	55 Riviera	0	27	0,0
	58 Santa Quitéria	0	743	0,0
	59 Santo Inácio	0	431	0,0
	61 São Francisco	0	389	0,0
	62 São João	0	222	0,0
	63 São Lourenço	0	350	0,0
	64 São Miguel	0	393	0,0
	65 Seminário	0	412	0,0
	67 Taboão	0	215	0,0
	68 Tarumã	0	524	0,0
	70 Tingui	0	779	0,0
	73 Vila Izabel	0	659	0,0
	74 Vista Alegre	0	641	0,0

3.13 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

A violência autoprovocada/autoinfligida compreende autoagressões, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios. Os registros desse tipo de violência são realizados por meio das fichas de notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no escopo da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), desde o ano de 2012. As portarias GM/MS 1.271, de 06/06/14, e nº 204, de 17/02/2016, tornaram imediata a notificação dos casos de tentativas de suicídio, na esfera municipal, para tornar mais eficiente o monitoramento e acompanhamento das vítimas, assim como a prevenção de novas tentativas.

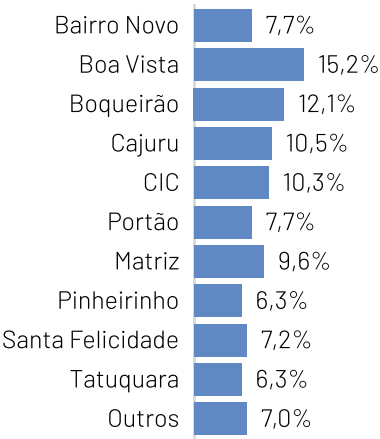
Com o objetivo de apresentar os dados referentes aos registros de notificações de lesões autoprovocadas, realizados pelo Município de Curitiba, foram utilizados como base, os dados do SINAN, de residentes de Curitiba e RM, na faixa etária até 21 anos.

Como já comentado no item que trata dos agravos de notificação como todo, este tipo de violência representou 4,8% das notificações de violências na faixa etária até 17 anos. Se incluirmos a faixa etária de 18 a 21 anos o percentual sobe para 6,8%, ou seja, um total de 428 lesões autoprovocadas, notificadas no SINAN de Curitiba, referentes não só, aos residentes em Curitiba, mas também a outras crianças, adolescentes e jovens da RM, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 3.13.1: Notificações de violência autoprovocada, por residência, na faixa etária até 21 anos, no ano 2016, notificadas em Curitiba.

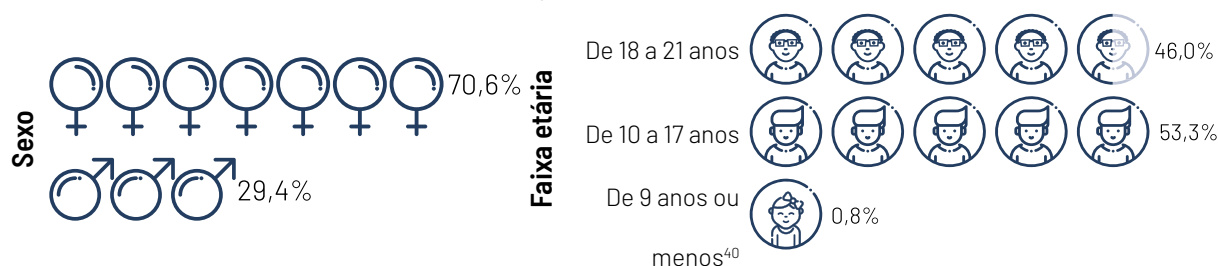
Região		Quant.	(%)
1	Bairro Novo	33	7,7%
2	Boa Vista	65	15,2%
3	Boqueirão	52	12,1%
4	Cajuru	45	10,5%
5	CIC	44	10,3%
6	Portão	33	7,7%
7	Matriz	41	9,6%
8	Pinheirinho	27	6,3%
9	Santa Felicidade	31	7,2%
10	Tatuquara	27	6,3%
Outros municípios da RM		30	7,0%
Total		428	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.



Analisando apenas as notificações de residentes de Curitiba (398 notificações), o perfil dessas crianças, adolescentes e jovens, no Quadro 12, aponta para uma maioria de adolescentes do sexo feminino (70,6%) e, na faixa etária um percentual maior nos adolescentes de 12 a 17 anos.

Quadro 12: Perfil das crianças, adolescentes e jovens notificados, com lesões autoprovocadas



Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Apesar de percentualmente os adolescentes serem maioria, quando se analisa a taxa, proporcional a população da faixa etária, a violência autoprovocada é maior na faixa etária de 18 a 21 anos (1,5 jovens a cada mil habitantes da mesma faixa etária). A taxa por Regional aponta a Regional de Tatuquara com a maior taxa dos 18 a 21 anos, 2,8 jovens a cada mil cometem violência autoprovocada, enquanto a média de Curitiba nesta faixa etária é de 1,5, como já comentado.

Indicador 21: Taxa de Violência Autoprovocada

Definição: Número total de notificações de violência autoprovocada, por faixa etária, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

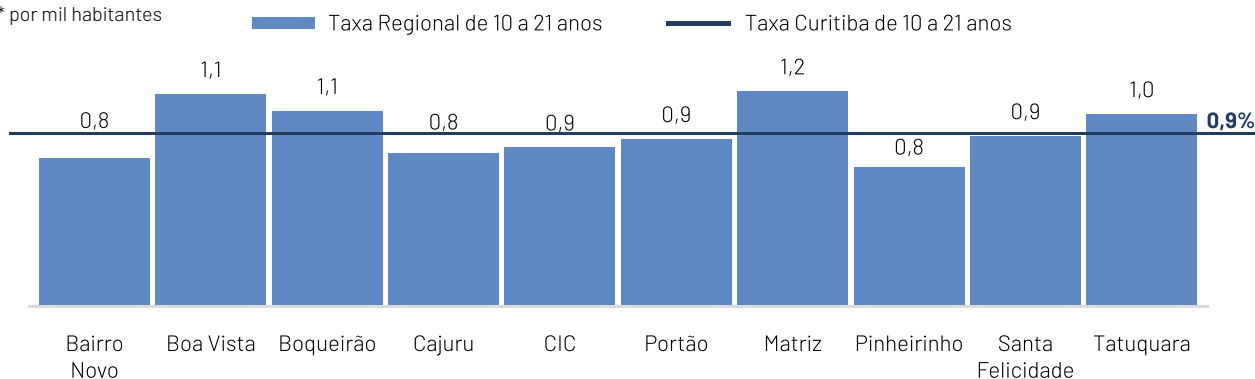
Tabela 3.13.2: Taxa de Violência Autoprovocada de 10 a 21 anos por Regional

Regional		De 10 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
		Quant.	Taxa	Quant.	Taxa	Quant.	Taxa
1	Bairro Novo	20	1,2	13	1,2	33	0,8
2	Boa Vista	38	1,7	26	1,6	65	1,1
3	Boqueirão	33	1,8	18	1,3	52	1,1
4	Cajuru	31	1,5	14	0,9	45	0,8
5	CIC	20	1,0	23	1,7	44	0,9
6	Portão	16	1,2	17	1,5	33	0,9
7	Matriz	16	1,4	25	1,7	41	1,2
8	Pinheirinho	14	1,0	13	1,3	27	0,8
9	Santa Felicidade	14	1,1	17	1,9	31	0,9
10	Tatuquara	10	1,0	17	2,8	27	1,0
Total		212	1,3	183	1,5	398	0,9

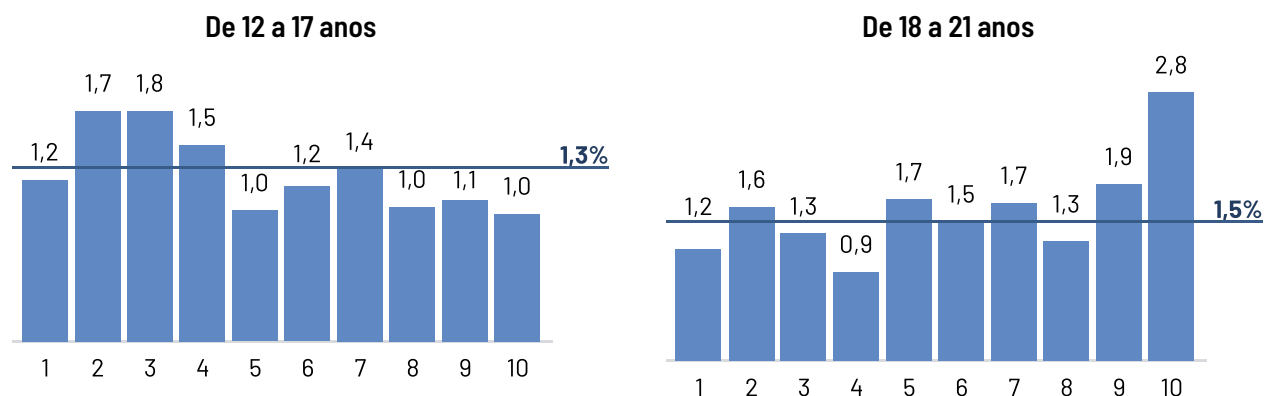
Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Nota: Do total de 398 violências autoprovocadas, 3 casos tinham 9 anos ou menos, os quais não entraram no cálculo da taxa.

* por mil habitantes



40 O Ministério da Saúde orienta que as situações de violência autoprovocadas, devem ser consideradas a partir dos 10 anos de idade, salvo as exceções de situações associadas a caso de saúde mental diagnosticada e outras. Abaixo desta idade poderemos ter situações de acidente e ou negligência de cuidado.



Os tipos de violências autoprovocadas analisadas na tabela são: autoagressão; automutilação; ideação suicida; e tentativa de suicídio. Que se expressam de forma diferente nos sexos e nas faixas etárias.

Na Tabela 3.13.3 apresenta-se a violência autoprovocada por sexo. Observa-se que os registros do sexo masculino demonstram uma maior incidência de tentativas e, ideação de suicídio (87,2% e, 2,6%, respectivamente). As automutilações são mais incidentes no sexo feminino (11,0%).

Tabela 3.13.3: Tipo de violência autoprovocadas por sexo de residentes em Curitiba em 2016

Violência autoprovocada	Feminino		Masculino		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Tentativa de suicídio	240	85,4%	102	87,2%	342	85,9%
Autoagressão	8	2,8%	7	6,0%	15	3,8%
Automutilação	31	11,0%	5	4,3%	36	9,0%
Ideação suicida	2	0,7%	3	2,6%	5	1,3%
Total	281	100,0%	117	100,0%	398	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Nota: A automutilação está dentro da autoagressão. Neste caso específico, por conta do interesse em observar o indicador de automutilação, a autoagressão foi reclassificada.

A Tabela 3.13.4 apresenta o cruzamento dos tipos de violências autoprovocadas por faixa etária, e, apesar de ser a tentativa de suicídio ser maior que as duas faixas etárias em estudo, nota-se que, na faixa etária de 18 a 21 anos ela é mais frequente, representando 94,0% de todas as violências autoprovocadas por jovens de 18 a 21 anos. Analisando-se a automutilação, esta se mostra mais frequente na faixa etária dos adolescentes de 10 a 17 anos, representando 14,6% dos casos de violências autoprovocadas.

Tabela 3.13.4: Tipo de violência autoprovocada por faixa etária de residentes em Curitiba em 2016

Violência Autoprovocada	De 10 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Tentativa de suicídio	170	80,2%	172	94,0%	342	85,9%
Autoagressão	7	3,3%	7	3,8%	14	11,3%
Automutilação	31	14,6%	4	2,2%	35	1,5%
Ideação suicida	4	1,9%	-	0,0%	4	1,3%
Total Geral	212	100,0%	183	100,0%	395	100,0%

Fonte: SINAN/SMS, 2016.

Nota: Foram consideradas apenas as violências autoprovocadas por maiores de 10 anos (existem 3 casos notificados na idade de 9 anos)

Com relação ao indicador de suicídio, este foi calculado com base nos óbitos identificados no SIM, como lesões autoprovocadas. No ano de 2016 foram um total de 11 suicídios na faixa etária de 12 a 21 anos, sendo 18,2% (2 casos) de adolescentes de 12 a 17 anos e o restante de jovens de 18 a 21 anos (81,8%), e apenas um caso se referia ao gênero feminino, ou seja, 90,9% dos suicídios foram cometidos pelo gênero masculino. Na Tabela 3.13.5, pode ser observado que algumas Regionais como Bairro Novo, Cajuru, Santa Felicidade e Tatuquara não registraram nenhum suicídio no ano de 2016.

Indicador 22: Taxa de Suicídio⁴¹ de 12 a 21 anos

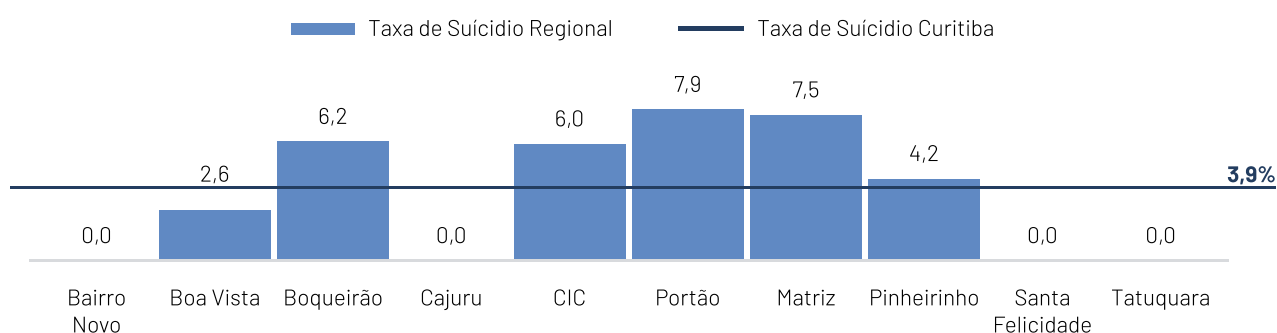
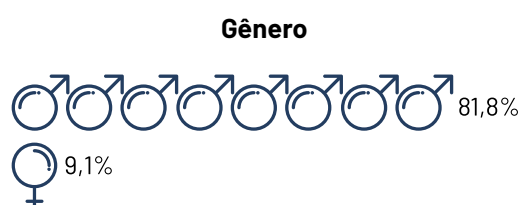
Definição: Número total de suicídios na faixa etária de 12 a 21 anos, por cem mil habitantes⁴² da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

Tabela 3.13.5: Taxa de Suicídio de 12 a 21 anos por Regional

	Regional	Suicídio	População de 12 a 21 anos	Taxa de Suicídio*
1	Bairro Novo	0	27.101	0,0
2	Boa Vista	1	37.854	2,6
3	Boqueirão	2	32.311	6,2
4	Cajuru	0	35.755	0,0
5	CIC	2	33.343	6,0
6	Portão	2	25.336	7,9
7	Matriz	2	26.554	7,5
8	Pinheirinho	1	23.917	4,2
9	Santa Felicidade	0	22.190	0,0
10	Tatuquara	0	16.297	0,0
	Não informado	1		-
	Total	11	280.658	3,9

Fonte: SIM/SMS, 2016.

Nota: * por 100 mil habitantes



41 Identificado no banco de dados do SIM com CID de X60 a X84, os quais identificam todas as lesões autoprovocadas intencionalmente (intoxicação, enforcamento, disparo de arma de fogo, etc.)

42 Esta taxa especificamente foi calculada para cada cem mil habitantes da mesma faixa etária.

Em atenção à gravidade do tema, levantamos o número de suicídios no Brasil nos anos de 2000, 2010 e 2015⁴³ apresentados na Tabela 3.13.6.

Tabela 3.13.6: Histórico de suicídios no Brasil

Faixa Etária	Óbitos	2000		Óbitos	2010		Óbitos	2015	
		Pop.*	Taxa**		Pop.	Taxa		Pop.	Taxa
De 10 a 14 anos	83	17.348.067	0,5	101	17.166.761	0,6	132	15.864.000	0,8
De 15 a 19 anos	525	17.939.815	2,9	605	16.990.872	3,6	722	17.479.000	4,1
De 20 a 29 anos	1.617	32.283.030	5,0	2.210	34.349.606	6,4	2.214	30.867.000	7,2
Total	2.225	67.570.912	3,3	2.916	68.507.239	4,3	3.068	64.210.000	4,8

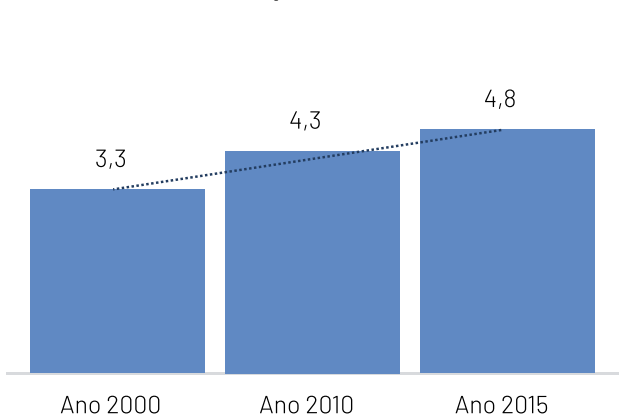
Fonte: SIM/SMS/IBGE, 2000 a 2015.

*Pop. = População

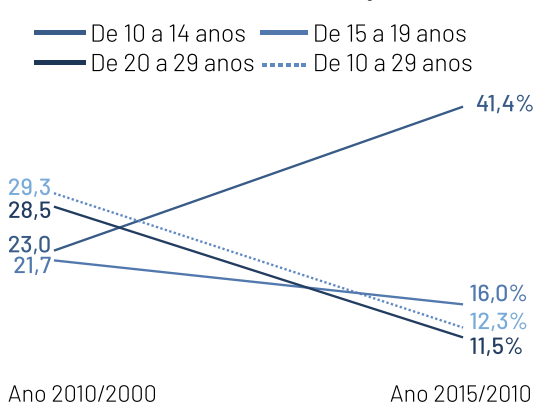
**Taxa calcula por 100.000 (cem mil) habitantes.

Nota: A população de 2015, apresentada foi a projetada pelo IBGE.

Taxa de Suicídio por 100.000 Habitantes



Crescimento da Taxa de Suicídio por faixa etária



Apesar da taxa de suicídio de 10 a 29 anos no Brasil ter tido um crescimento menor de 2010 para 2015 (12,3%), se comparada com o aumento que teve de 2000 para 2010 (29,3%), ainda existe um aumento do suicídio no Brasil (de 2000 para 2015 foi de 45,1%). E o mais preocupante é que o maior aumento que se deu está na faixa etária de 10 a 14 anos (41,4%).

3.13.1 ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL – OSC NO TEMA DE VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS

Dentro do tema de violências autoprovocadas, Curitiba conta com o atendimento do Centro de Valorização da Vida, uma entidade não governamental que age com a escuta de pessoas de qualquer idade que sintam a necessidade de serem ouvidas. A seguir a descrição da entidade no Quadro 13.

⁴³ Os dados disponíveis do SIM estão em faixas etárias fechadas de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos.

Quadro 13: Descrição da Entidade de Atendimento

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA – CVV

É uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, fundada em São Paulo, em 1962. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo. O CVV realiza mais de um milhão de atendimentos anuais por aproximadamente 2.000 voluntários, em 18 estados e no Distrito Federal. Esses contatos são feitos pelo telefone 141 (24 horas), pessoalmente (nos 72 postos de atendimento), pelo site www.cvv.org.br via chat, pelo VoIP (Skype) ou por e-mail.

O CVV é associado ao Befrienders Worldwide, entidade que congrega as instituições congêneres de todo o mundo, tendo participado da força-tarefa que elaborou a Política Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde.

A associação também desenvolve outras atividades relacionadas a apoio emocional, além do atendimento, com ações abertas à comunidade que estimulam o autoconhecimento e a melhor convivência em grupo e consigo mesmo, em todo o Brasil.

Fonte: OSC (Instituição no tema de valorização à vida), 2017.

O CVV mantém o registro do número de atendimentos realizados, porém sem informações adicionais (perfil, motivos da procura, etc.). O que dificulta medir o impacto do trabalho. Por este motivo, para fins do diagnóstico, foi realizada uma entrevista com um dos voluntários⁴⁴ do CVV em Curitiba, que atua na organização por cerca de 2 anos, e, além de prestar atendimento aos usuários, apoia na área de divulgação do trabalho.

Com a mesma metodologia já apresentada no item 3.6.3 deste volume, a entrevista com um voluntário que presta atendimento no CVV tenta trazer a forma de ingresso, o dia a dia do voluntariado e também uma dimensão do atendimento realizado pela instituição.

Segundo este, em Curitiba, o CVV conta com 55 voluntários que oferecem atendimento telefônico 24 horas por dia, através do número 141. Os atendimentos são feitos de maneira completamente sigilosa e voluntária. O acolhimento é realizado na forma de escuta e apoio incondicional, fazendo com que as pessoas se sintam à vontade com relação a sua situação e à sua dor emocional.

Para ser um voluntário, basta ter 18 anos, poder ouvir e falar, e participar dos treinamentos oferecidos pelo CVV. O processo todo de indução leva em torno de 2 meses e meio. Há um programa de capacitação continuada dos voluntários, com reuniões constantes, vivências e trocas de experiências. Segundo o voluntário, *“a motivação vem em oferecer sua disponibilidade de tempo e energia ao outro, de maneira despretensiosa, numa ação humanitária de valorização da vida”*.

Na metodologia de trabalho, a pessoa tem a liberdade total de falar e expor os seus sentimentos, não há preocupação em dar aconselhamento ou qualquer tipo de enfoque diretivo, ou seja, o objetivo é focar no sentimento, e não no problema. Há um zelo em não manifestar nenhuma forma de julgamento da pessoa que pensa em se matar ou que de fato tenta o suicídio, assim como de não colocar a *verdade* sobre a pessoa com um enfoque normativo.

⁴⁴ Apesar de o voluntário permitir que seu nome fosse divulgado, optou-se por preservar a sua identidade no relato sobre o CVV.

Para o CVV, o que importa é o sentimento da pessoa, a manifestação da empatia, o colocar-se no lugar do outro, e a *escutatória* (saber ouvir). Para os voluntários do CVV, o seu trabalho é atender a solidão das pessoas, é ouvir suas dúvidas, suas dores, angústias e medos: a *dor da alma*.

O CVV promove ações específicas de captação de voluntários e recursos para a manutenção das suas ações, assim como trabalha em parceria com as UBS, outros órgãos e organizações, como igrejas e associações, através de palestras, treinamentos, divulgação de cartazes, e conscientização sobre a temática do suicídio.

Apesar de não receber recursos diretos do Poder Público, o CVV tem apoio da Prefeitura de Curitiba, com a cedência de uma casa na Água Verde para a operacionalização do trabalho. Segundo o voluntário, *“há uma boa colaboração entre as iniciativas do CVV, a prefeitura municipal e o Ministério da Saúde”*.

Sobre os atendimentos, o voluntário comentou que, *“em Curitiba, a demanda é grande e gira em torno de 800 a 1000 atendimentos ao mês. O recente episódio da Baleia Azul aumentou muito a procura pelos serviços, chegando a 1800 atendimentos / mês”*. Fica claro que os casos de pessoas pensando em suicídio são relativamente comuns. Há casos de crianças e adolescentes que ligam demandando o serviço, mas como não há uma preocupação da Organização em mapear os usuários, não é possível fazer um levantamento deste índice, e saber quanto elas representam neste universo de atendimentos.

Em relação às políticas públicas, a Organização tem uma contribuição importante por considerar o suicídio como tema de saúde pública e socialmente relevante, constituindo uma das maiores causas de óbito entre adultos jovens do mundo.

O CVV participa de movimentos cuja principal estratégia é quebrar o tabu a respeito da palavra suicídio, em consonância com as políticas públicas e as orientações da OMS – Organização Mundial de Saúde. O foco é a necessidade de se saber acolher a pessoa em situação de fragilidade, *desestigmatizando* o tema e controlando os julgamentos, medos e preconceitos que cercam a temática do suicídio. Para o voluntário, *“a sociedade precisa ter um repertório para lidar melhor com a questão, incluindo a implementação de políticas públicas que tratem do assunto e que desmistifiquem o tema, e de uma imprensa que, ao invés de fazer sensacionalismo acerca de casos específicos, trate a questão como tema geral de interesse da sociedade e da saúde pública, mais comum do que pensamos”*. Segundo ele, para cada pessoa que tenta se matar, outras 20 pensam em cometer suicídio, aproximadamente.

Uma das principais campanhas é a do Setembro Amarelo, que inclui o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (10/9). Neste mês, são intensificadas ações específicas de conscientização e de parceria com órgãos públicos e da sociedade civil.

3.14 VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Algumas violações do direito à vida e à saúde já foram abordadas no decorrer do relatório, como o suicídio, as mortes violentas e outros. Esta parte do relatório dedica-se aos registros na Secretaria de Segurança Pública – SESP e do Conselho Tutelar – CT referentes à: atos atentatórios à vida e à saúde⁴⁵; fornecimento de bebidas ou outros produtos químicos a menores; e, ausência de políticas públicas na área da saúde.

3.14.1 ATOS ATENTATÓRIOS À VIDA E À SAÚDE

A definição apresentada para atos atentatórios à vida segue o sugerido na adaptação do Manual de Procedimentos do Conselho Tutelar de Curitiba, feito por Murillo José Digiácomo, Procurador de Justiça no Estado do Paraná Adaptado, no qual ele define “*como ações deliberadas que atentam contra a vida de crianças e adolescentes*”, citando como exemplos homicídios ou tentativa de homicídio, cirurgias com fins ilícitos e o uso de substâncias químicas.

Neste contexto o CT registrou 389 casos sendo que 49,6% foram de uso de drogas lícitas ou ilícitas, 30,3% foi omissão de socorro às crianças e adolescentes e ainda, 12,6% tentativa de suicídio.

Tabela 3.14.1: Fatos associados no CT aos atos atentatórios à vida e à saúde

Fato	Quant.	(%)
Uso de droga lícita ou ilícita	193	49,6%
Omissão de Socorro	118	30,3%
Tentativa de suicídio	49	12,6%
Riscos à saúde do feto	19	4,9%
Automutilação	6	1,5%
Falta de orientação aos pais/responsáveis quanto ao estado de saúde	3	0,8%
Tentativa de homicídio	2	0,5%
Adolescente internada CAPSi AD	1	0,3%
Ausência e/ou irregularidades no pré-natal	1	0,3%
Autoagressão	1	0,3%
Ingestão de remédios	1	0,3%
Total	389	-

Fonte: CT, 2016.

Nota: Uma notificação poderia ter mais de um fato associado

45 Este termo é utilizado no CT e apesar dele incluir casos de tentativa de suicídio e de automutilação, os registros destes casos no CT são mínimos perto dos registrados na Rede de Proteção, por isso optou-se por apresentar só a Rede de Proteção nos casos de suicídio e automutilação e, neste momento do relatório apresentar o indicador de “atos atentatórios à vida e à saúde” com agrupamento indicado.

A maior taxa de notificação foi na Regional Cajuru, enquanto Curitiba teve quase uma notificação por mil habitantes, a Regional chegou a 2,3 notificações. A faixa etária de 12 a 17 anos é a que apresenta a maior taxa de 1,4, e na Regional do Cajuru chega a 3,6.

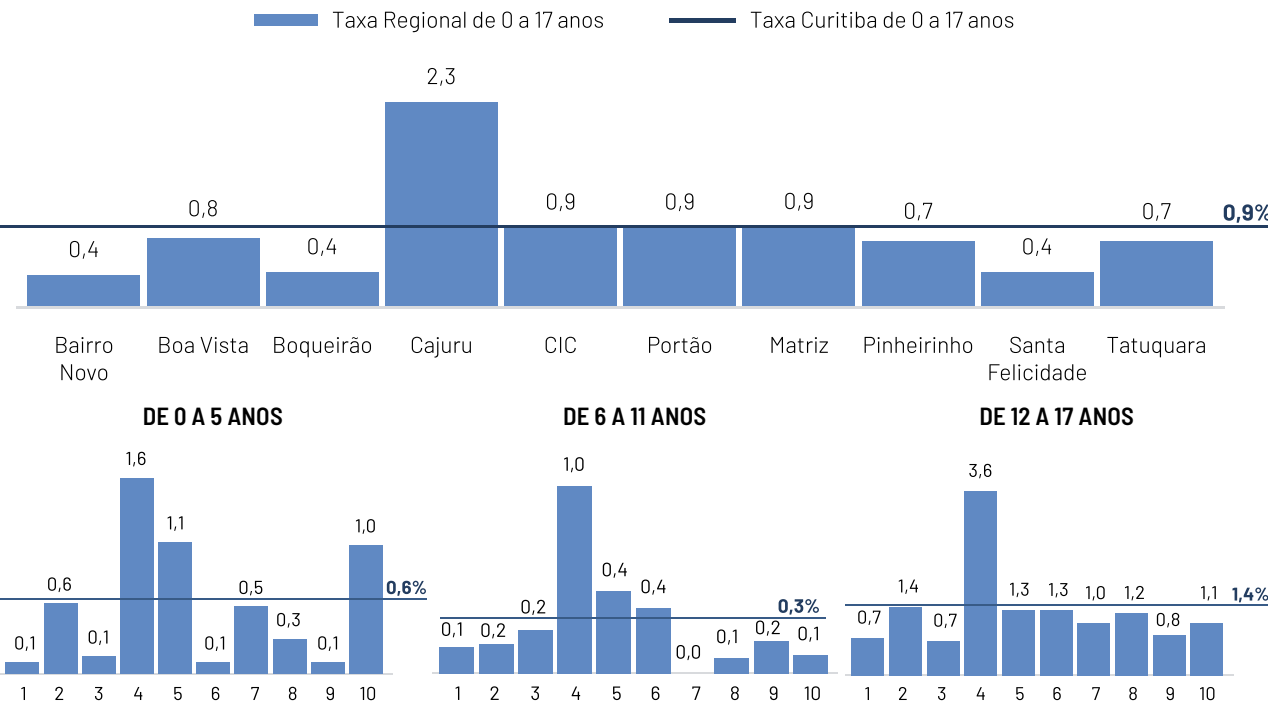
Indicador 23: Taxa de Notificações de Atos Atentatórios à Vida e à Saúde

Definição: Número notificações de atos atentatórios à vida e à saúde por mil habitantes da região geográfica.

Tabela 3.14.2: Fatos associados no CT aos atos atentatórios à vida e à saúde

Regional		De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		NI	Total	
		Quant.	Taxa	Quant.	Taxa	Quant.	Taxa	Quant.	Quant.	Taxa
1	Bairro Novo	1	0,1	2	0,1	12	0,7	1	16	0,4
2	Boa Vista	10	0,6	3	0,2	31	1,4	0	44	0,8
3	Boqueirão	2	0,1	4	0,2	13	0,7	0	19	0,4
4	Cajuru	27	1,6	19	1,0	75	3,6	7	128	2,3
5	CIC	17	1,1	8	0,4	25	1,3	0	50	0,9
6	Portão	1	0,1	4	0,4	18	1,3	10	33	0,9
7	Matriz	5	0,5	0	0,0	12	1,0	9	26	0,9
8	Pinheirinho	3	0,3	1	0,1	17	1,2	6	27	0,7
9	Santa Felicidade	1	0,1	2	0,2	11	0,8	0	14	0,4
10	Tatuquara	9	1,0	1	0,1	11	1,1	0	21	0,7
Não informado		0	-	0	-	2	-	9	11	-
Total		76	0,6	44	0,3	227	1,4	42	389	0,9

Fonte: CT, 2016.



Outro ponto a ser levantado é que a Rede de Proteção não mapeia o uso de substâncias psicoativas, fica a sugestão para que a rede comece a identificar esses casos. Segundo os dados da pesquisa apresentados neste relatório, os números são bem maiores que os mapeados, e a rede de proteção que tem uma grande abrangência de agentes notificadores (escolas, unidades de saúde, hospitais, CRAS, CREAS, etc.) pode dimensionar um número mais próximo da realidade, evidenciando realmente os pontos de maior consumo para ações pontuais.

Ainda no contexto de atos atentatórios à vida e à saúde, deve-se lembrar que do “incentivo” ou a “facilitação” ao consumo, nos dados da SESP foram mapeados 33 Boletins de Ocorrência – BO, nos quais foi registrado o fornecimento de produtos que causam dependência química ou, a ocorrência de servir bebida alcoólica para menores, o que se configura crimes contra a criança e adolescente. Conforme Art. 243, do ECA, “Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, à criança ou a adolescente bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica”. Fiscalizações e denúncias, nestes casos, são essenciais para acabar com essa prática. A Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP alerta que o consumo neste grupo “é preocupante, tanto pela maior tendência à impulsividade e atividades de risco, quanto pelo prejuízo ao desenvolvimento cerebral na infância e na adolescência, determinando repercussões durante a vida adulta” (SBP, 2017). A SBP disponibiliza um manual de orientação, cujo tema é “Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente”, reforçando o papel conjunto da família, poder público, sociedade e mídia na prevenção do consumo.

3.14.2 DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DO CONSELHO TUTELAR

Com base nos registros do Conselho Tutelar, elaborou-se o indicador de desafios na área da saúde que consolidam notificações, na maior parte, de falta de atendimento. A Tabela 3.14.3 mostra um total de 582 notificações, sendo 72,3% referentes a não atendimento nas unidades de saúde.

Tabela 3.14.3: Fatos notificações em relação aos desafios na área da saúde na percepção do Conselho Tutelar

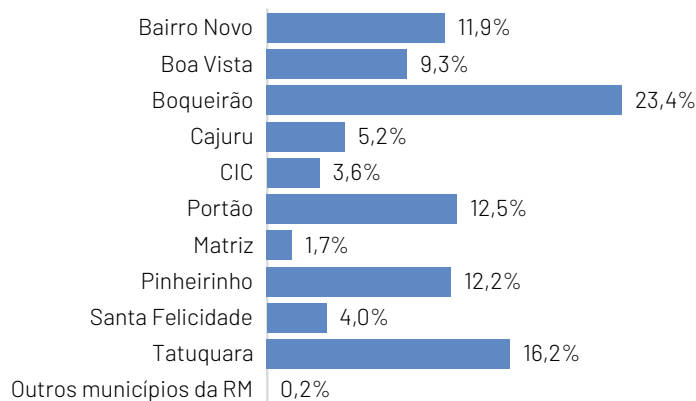
Fato	Quant.	(%)
Não atendimento em saúde	421	72,3%
Não atendimento emergencial	65	11,2%
Interrupção ou falta de acompanhamento do tratamento em saúde	35	6,0%
Recusa de atendimento pelo serviço de saúde	19	3,3%
Falta de ações para a prevenção de violência, uso de drogas e de orientações para a saúde	16	2,7%
Não atendimento a usuário de droga lícita ou ilícita	14	2,4%
Falta de vacinação	11	1,9%
Falta de equipamentos, insumos, medicamentos, entre outros	10	1,7%
Falta de programas de complementação alimentar para criança	8	1,4%
Não atendimento à gestante	8	1,4%
Negligência no atendimento pelos profissionais	4	0,7%
Ausência de saneamento	1	0,2%
Falta de equipe especializada para atendimento de criança na saúde	1	0,2%
Total	582	-

Fonte: CT/CREAS/UAI/OSC, 2016.

A maioria das notificações é do Boqueirão, representando 23,4% do total, seguido da Regional Tatuquara, com mais 16,2%. Apenas 1 caso registrado é de não residentes em Curitiba.

Tabela 3.14.4: Notificações desafios na área da saúde na percepção do Conselho Tutelar por regional

Região	Quant.	(%)
1 Bairro Novo	69	11,9%
2 Boa Vista	54	9,3%
3 Boqueirão	136	23,4%
4 Cajuru	30	5,2%
5 CIC	21	3,6%
6 Portão	73	12,5%
7 Matriz	10	1,7%
8 Pinheirinho	71	12,2%
9 Santa Felicidade	23	4,0%
10 Tatuquara	94	16,2%
Outros municípios da RM	1	0,2%
Total	582	100,0%



Fonte: CT/CREAS/UAI/OSC, 2016.

Dando continuidade à análise, com as notificações de residentes em Curitiba, percebe-se que a maior taxa de notificação de desafios é a da Regional Tatuquara, esta que já vem sendo apontada durante todo o relatório com comportamento distante ao da cidade de Curitiba.

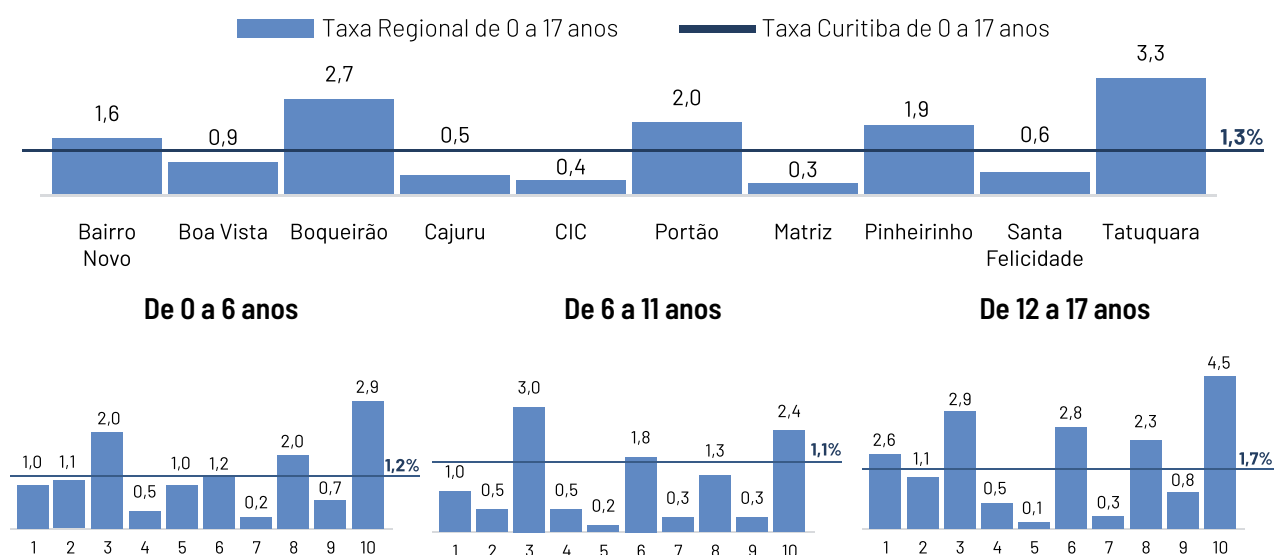
Indicador 24: Taxa de Notificações de desafios na área da saúde na percepção do Conselho Tutelar

Definição: Número de notificações de desafios na área da saúde na percepção do Conselho Tutelar por mil habitantes da faixa etária da região geográfica.

Tabela 3.14.5: Taxa de notificação de desafios na área da saúde na percepção do Conselho Tutelar por faixa etária e Regional

Regional	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		NI	Total	
	Quant.	Taxa	Quant.	Taxa	Quant.	Taxa	Quant.	Quant.	Taxa
1 Bairro Novo	13	1,0	14	1,0	42	2,6	0	69	1,6
2 Boa Vista	20	1,1	10	0,5	24	1,1	0	54	0,9
3 Boqueirão	31	2,0	50	3,0	55	2,9	0	136	2,7
4 Cajuru	8	0,5	10	0,5	11	0,5	1	30	0,5
5 CIC	16	1,0	3	0,2	2	0,1	0	21	0,4
6 Portão	14	1,2	20	1,8	39	2,8	0	73	2,0
7 Matriz	2	0,2	3	0,3	4	0,3	1	10	0,3
8 Pinheirinho	22	2,0	16	1,3	31	2,3	2	71	1,9
9 Santa Felicidade	8	0,7	4	0,3	11	0,8	0	23	0,6
10 Tatuquara	25	2,9	23	2,4	46	4,5	0	94	3,3
Não informado	0	-	0	-	0	-	0	0	-
Total	159	1,2	153	1,1	265	1,7	4	581	1,3

Fonte: CT/CREAS/UA/OSC, 2016.



Ainda mais grave é a situação da Regional Tatuquara na faixa etária de 12 a 17 anos, 4,5 adolescentes a cada mil sentem a ausência de política pública na área da saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou abordar o tema do direito à vida e à saúde das crianças, adolescentes e jovens, residentes em Curitiba e assistidos pelas políticas públicas locais.

De modo geral, observa-se que os níveis de saúde destes grupos populacionais são satisfatórios quando comparados com o Brasil, refletindo dessa forma o bom nível de desenvolvimento e organização social do município.

Entendendo que os direitos sociais somente se concretizam na medida em que o Estado qualifica o acesso aos serviços essenciais legalmente instituídos e por ele prestados, torna-se necessário analisar os indicadores de saúde sob a ótica dos diferentes contextos socioeconômicos, demográficos e culturais, que caracterizam cada Distrito Sanitário no município, ou seja, verificar os dados e a integração da informação para níveis que possibilitem verificar a efetividade das intervenções das políticas públicas desenvolvidas regionalmente.

A base de dados do DATASUS pode evoluir neste aspecto, construindo dados regionais. No presente relatório foi possível identificar diferenças regionais nos indicadores de saúde mostrados. Nesse sentido, uma primeira proposição deste relatório é aperfeiçoar as bases de dados existentes para que as informações geradas possam de fato identificar as diferenças nos níveis de vida e saúde, as necessidades sociais e as possíveis lacunas assistenciais nas diversas Regionais, subsidiando a gestão municipal no estabelecimento de prioridades e tomada de decisão.

Inicialmente, vale mencionar que o município de Curitiba dispõe de um conjunto de instituições, órgãos e entidades estruturados para atender as necessidades de saúde das crianças, adolescentes e jovens. Entretanto, a efetividade destes serviços não foi objeto de nossa análise.

Com relação ao conjunto de indicadores aqui mostrados, eles apontam diferentes dimensões da assistência à saúde, das quais comentaremos a seguir.

Em relação à Saúde Bucal, percebe-se um avanço no decorrer dos anos no atendimento populacional, principalmente nas ações intersetorias entre secretarias, para dar acesso ao tratamento às crianças e adolescentes.

A nutrição também foi avaliada por ser um importante fator que afeta a saúde das pessoas em todas as faixas etárias. Nos primeiros anos de vida, os problemas nutricionais podem provocar atraso do crescimento físico e mental, além do aumento da morbidade e mortalidade. Entre adolescentes e jovens, a obesidade constitui fator de risco para doenças crônicas na vida adulta, tais como hipertensão e diabetes, além de produzir distúrbios de ordem psicológica.

Causa preocupação o aumento significativo e precoce da obesidade em crianças de 5 anos ou mais, sendo possível observar diferenças entre as regionais de acordo com as faixas etárias. Entre 5 e 9 anos, há maior prevalência nas Regionais de Bairro Novo e do Boqueirão e entre 10 e 19 anos na Regional Portão. Chama a atenção a maior frequência de crianças entre 5 e 9 anos com baixo peso residentes na regional Santa Felicidade. Como esta Regional não se destaca em relação à ocorrência de nenhum outro indicador, pode haver alguma peculiaridade local produzindo esta disparidade.

Trabalhando o tema nutrição e outros, novamente as ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola, ganham destaque na prevenção, e mostram que nos últimos anos existe, no geral, uma certa estabilidade nos indicadores de obesidade.

Apesar de já existirem leis municipais, criando normas para uma alimentação saudável das crianças que frequentam as creches e escolas do município, e ainda, estímulo às atividades de promoção da alimentação saudável, como conteúdo de nutrição nas aulas e capacitação dos professores, entende-se que o problema de obesidade ultrapassa os limites da escola.

A saúde reprodutiva é uma das áreas prioritárias do SUS, com diversos programas focados nas mulheres nesta etapa do ciclo da vida. O presente relatório mostrou que a tendência de queda da natalidade em Curitiba acompanha um padrão nacional e internacional observado nas últimas décadas. Embora a taxa de natalidade de Curitiba (13,0), seja menor do que a brasileira (14,7) e, a do Estado do Paraná (14,4), aqui aparece mais uma vez, as diferenças por Regional de Saúde, com taxas de natalidade mais elevadas em algumas Regionais, como por exemplo a Regional Tatuquara, cujas taxas de natalidade e gravidez na adolescência evidenciam a influência da determinação social.

Em relação ao atendimento das gestantes, o acesso ao pré-natal em Curitiba parece não constituir um problema, já que o percentual de gestantes que receberam número insuficiente de consultas de pré-natal é bastante inferior à média nacional. A existência do Programa Mãe Curitibana, que atua em diversos âmbitos, para a melhoria da saúde materno-infantil, certamente tem influenciado estes indicadores de saúde. Apesar disso, as diferenças regionais persistem e, apontam dificuldades no acesso ao pré-natal em diversas Regionais, especialmente na Cajuru, na Boa Vista e Bairro Novo, onde se observou mais de 11% de nascidos vivos com 6 ou menos consultas de pré-natal.

A frequência de recém-nascidos com baixo peso e má formação também tem distribuição desigual no município e afetam especialmente as gestantes adolescentes e jovens. Nesse sentido, recomendamos que o Programa Mãe Curitibana continue monitorando e atuando nestes grupos prioritários e acreditamos que a área de Educação possa ser uma grande parceira na construção destas estratégias. Não se pode deixar de comentar o relevante papel da sociedade civil organizada na forma de ONGs, como atores relevantes para atuar sobre estes grupos populacionais, especialmente aquelas entidades que atuam nos bairros formando redes sociais de proteção à adolescência e juventude.

Vale aqui mencionar os achados da pesquisa apresentada no Volume I deste diagnóstico. A pesquisa apontou em relação à sexualidade em adolescentes jovens do gênero masculino que estes utilizam menos métodos contraceptivos, iniciam a atividade sexual mais precocemente e com um número maior de parceiros, evidenciando práticas de risco tanto para adquirir infecções sexualmente transmissíveis como para se tornarem pais precocemente e, sem desejar.

Em relação à morbidade, a análise necessita ser feita por faixas etárias, já que crianças, adolescentes e jovens constituem grupos populacionais bastante distintos do ponto de vista biológico e, quanto aos papéis sociais desempenhados. Assim, a morbidade hospitalar revela as especificidades de cada grupo quando se observa a magnitude das internações nas diferentes idades e as suas causas. A maior taxa de internação ocorre em crianças menores de 5 anos.

Nas faixas etárias seguintes a quantidade de internações reduz de modo significativo, mas a partir dos 6 anos de idade ganham relevância progressivamente as causas externas de internações, especialmente no gênero masculino.

O aumento da frequência das deficiências acompanhando o aumento da idade reflete o acúmulo de sequelas de doenças congênitas ou adquiridas ao longo da vida e também de lesões provocadas por causas externas. Um dos benefícios sociais voltados para este grupo populacional considerado vulnerável são os Benefícios de Prestação Continuada que, conforme mostrados neste relatório são insuficientes e não abrangem a totalidade das pessoas com deficiência.

A morbidade em relação às doenças de notificação compulsória dispõe de uma base de dados oficial que permite conhecer os agravos mais prevalentes. Em Curitiba, identificou-se 4 doenças responsáveis por quase 80% das ocorrências, o que poderia facilitar as intervenções da vigilância em saúde. Entretanto, é importante lembrar que as outras doenças, embora com menor prevalência, são potencialmente graves, podendo trazer riscos à saúde individual e coletiva e se tornarem epidêmicas. Dessa forma, todas as doenças desta lista necessitam ser priorizadas e acompanhadas até o seu desfecho.

A análise das tendências temporais é outra ação importante da vigilância que merece ser empreendida, em virtude dos riscos iminentes de surtos epidêmicos. Observamos aqui que cada faixa etária é acometida por diferentes doenças e agravos. Em crianças menores de 5 anos, as doenças infectocontagiosas e os atendimentos antirrábicos são os mais prevalentes; entre 6 e 11 anos, além destas, aparecem os acidentes por animais peçonhentos e, a partir dos 12 anos, os efeitos tóxicos de substâncias passam a ocupar o terceiro lugar entre elas com aumento progressivo até os 21 anos. E em todas as faixas etárias até os 17 anos há um predomínio no sexo feminino e após esta idade, não há diferenças.

As diferenças regionais também estão presentes, quando se analisa a ocorrência destas doenças, havendo predomínio das Regionais Tatuquara e Bairro Novo. Este é um exemplo do desafio permanente entre a realidade epidemiológica e as ações assistenciais que tem dificuldade na adesão dos pacientes para impedir o avanço da doença.

Os esforços da Vigilância municipal devem continuar mantendo sob controle casos notificados de dengue, Chikungunya e Zika vírus para impedir a disseminação destas epidemias. Cada uma dessas doenças envolve uma determinada complexidade assistencial que precisa ser discutida entre as equipes de saúde, especialmente na Atenção Primária, visando à elaboração de estratégias locais efetivas com monitoramento contínuo dos resultados alcançados.

Em relação aos transtornos mentais, identifica-se um perfil específico para cada grupo etário, cerca de dois terços deles ocorrendo no sexo masculino. Outro destaque é a maior ocorrência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas a partir dos 12 anos. As demandas aos CAPS e CAPSi, expressam apenas parte desta situação, já que não necessariamente são tratados nestes serviços, mas sim em toda a rede de saúde mental.

Considerando que a maior parte dos casos demanda atendimentos rotineiros por períodos prolongados, há certa dificuldade para manutenção desta atenção continuada. Assim, para aprimorar a proposta na área de Saúde Mental seria importante manter as ações da Atenção Primária, vinculando os pacientes às equipes multiprofissionais do território aos quais estão adscritos e utilizando o apoio matricial⁴⁶ para qualificar as equipes de forma permanente, dessa forma, fomentar o seu protagonismo em relação às intervenções realizadas.

Outro agravo cada vez mais relevante nesta área é a utilização de substâncias psicoativas que acometem adolescentes e jovens, especialmente na faixa etária entre 12 e 21 anos, a grande maioria do sexo masculino (76,2%). Aqui novamente se verifica diferenças regionais, com maior frequência nas Regionais Cajuru, Matriz e CIC. Considerando que os fatores de risco para a utilização de drogas incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos, a abordagem para o problema é bastante complexa e ainda tema de debate na atualidade. A participação das ONGs, com foco tanto na prevenção quanto na recuperação dos pacientes usuários, embora seja de grande valia, não é suficiente. Nesse sentido, o enfrentamento do problema necessita não apenas da oferta de atenção especializada, mas também da disponibilidade familiar em participar e se envolver no processo de recuperação. Além disso, o apoio da sociedade com ações intersetoriais, envolvendo especialmente as áreas da Saúde, Educação, Segurança Pública e Assistência Social são fundamentais e vem sendo desenvolvidas amplamente em Curitiba, como é o exemplo de projetos como o ELO e o #tamojunto.

A mortalidade aqui apresentada mostra distintos perfis para serem abordados conforme as causas mais frequentes. De modo geral, as taxas de mortalidade em Curitiba são menores que os parâmetros nacionais. A mortalidade infantil possui um perfil de regiões desenvolvidas, com taxa menor que 10 por mil nascidos vivos e predomínio da mortalidade neonatal. Sabe-se que este indicador reflete não apenas a atenção à saúde, mas também a organização social e política de uma região, daí sua importância para a Saúde Pública. As maiores taxas em 2016 ocorreram nas Regionais Tatuquara e Boqueirão, mostrando serem estas áreas as mais vulneráveis em relação ao risco de morrer no primeiro ano de vida.

A má formação congênita que aparece como segunda causa de morte antes de 1 ano de idade, tornou-se a primeira causa no grupo entre 1 e 5 anos. As intervenções em relação a esta causa passam por ações abrangendo os 3 níveis de prevenção, desde a melhoria da qualidade da assistência prestada, até as ações altamente especializadas de cura e reabilitação.

⁴⁶ É uma metodologia de gestão do cuidado que oferece tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico para as equipes de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde ou outros estabelecimentos ambulatoriais ou hospitalares. O apoiador matricial é um especialista que tem um conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (Campos e Domitti, 2007).

Nos demais grupos etários é possível identificar-se a participação crescente das causas externas como principal causa de morte entre adolescentes e jovens. Por serem 100% evitáveis e por envolverem uma gama de subtipos, elas se tornam complexas em sua gênese e seu enfrentamento. As causas externas são predominantes no sexo masculino e também se distribuem desigualmente nas regionais de Curitiba, com predomínio das Regionais Tatuquara e CIC.

As características da violência entre os adolescentes e jovens, são variáveis em suas formas de apresentação e perfil de pessoas acometidas. As lesões autoprovocadas são mais frequentes no sexo feminino e nas Regionais da Matriz, Boa Vista, Boqueirão e Tatuquara. O enfrentamento deste desafio demanda um trabalho articulado envolvendo a gestão municipal e estadual bem como a sociedade civil para o desenvolvimento de políticas públicas integradas que atuem com efetividade sobre as causas da violência, protejam crianças e adolescentes e garantam seus direitos à educação, cultura, lazer e esporte.

Concluindo, são muitas as necessidades sociais de saúde das crianças, adolescentes e jovens aqui apontadas e muitas as prioridades a serem definidas pelos gestores municipais das políticas públicas. As intervenções da Saúde Pública devem ser construídas respeitando-se os preceitos do SUS de universalidade, equidade e integralidade. O respeito às peculiaridades regionais, sejam epidemiológicas, sociais ou culturais também deve ser buscado para que as propostas alcancem a efetividade desejada.

5. RECOMENDAÇÕES

- Aperfeiçoar as bases de dados existentes para que as informações geradas possam de fato identificar as diferenças nos níveis de vida e saúde, as necessidades sociais e as possíveis lacunas assistenciais nas diversas Regionais e Bairros, subsidiando a gestão municipal no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões gerenciais;
- Investir em relatórios gerenciais que mostrem os principais diagnósticos clínicos e motivos de utilização dos serviços ambulatoriais regionalizados;
- Implementar a abordagem de adolescentes e jovens no Programa Mãe Curitibana;
- Criar mais oportunidades, dentro das estratégias institucionais, para abordar o planejamento familiar nas mulheres em idade fértil;
- Implementar ações educativas sobre sexualidade, métodos contraceptivos e de prevenção aos riscos associados às infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes e jovens;
- Descentralizar as ações assistenciais em relação aos transtornos mentais para a Atenção Primária, vinculando os pacientes às equipes multiprofissionais do território aos quais estão adscritos;
- Envolver a gestão municipal e estadual, bem como a sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas integradas para o enfrentamento das lesões autoprovocadas;
- Criar parceria com o Centro de Valorização da Vida – CVV para identificar as principais queixas, problemas e situações vivenciadas pelas pessoas que utilizam o serviço, para que a rede de atendimento possa elaborar um plano de ação consistente na prevenção do suicídio;
- Investir em ações integradas entre saúde, educação e assistência social, para trabalhar o tema suicídio, pois os dados apresentam números preocupantes, principalmente entre os adolescentes
- Propor a revisão do formulário de notificação da rede de proteção para que casos de consumo de drogas sejam identificados, notificados e quantificados;
- Orientar e preparar a rede de saúde e educação para diagnosticar deficiências mais sutis aos olhos, como o autismo.
- Divulgar os serviços ofertados pela rede de atendimento de Curitiba para pessoas com deficiência.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA CURITIBA DE DESENVOLVIMENTO, Agência Curitiba de Desenvolvimento S/A Disponível em: <http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/publico/conteudo.aspx?codigo=42>. Acessado em: 22 de novembro de 2016.

ANIPES. Disponível em: http://www.anipes.org.br/download/manual_pradin_v2.pdf. Acessado em: 14 de janeiro de 2017.

BRASIL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13089.htm. Acessado em: 13 de dezembro de 2016.

BRASIL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acessado em: 13 de janeiro de 2017.

BRASIL. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em: 13 de janeiro de 2017.

BRASIL. Secretaria de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>. Acessado em: 24 de janeiro de 2017.

BRASIL. Secretaria de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/fortalecimento-de-conselhos/garantia-de-direitos-da-crianca-e-do-adolescente>. Acessado em ????????

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/meningites> Acessado em: 4 de julho de 2017.

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controladoencas_sexualmente_transmissiveis.pdf >. Acessado em: 15 de agosto de 2017.

BRASIL, 2007. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/103meningite.html>>. Acessado em: 15 de agosto de 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner e Domitti, Ana Carla. Apoio Matricial e Equipe de Referência: Uma Metodologia para Gestão do Trabalho Interdisciplinar em Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.23, N.2, P.399-407, 2007.

CURITIBA, 2016. Disponível em:<<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/projeto-curitibaninhos-ja-entregou-inoxovais-para-785-gestantes/31452>>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

CURITIBA, Regionais Administrativas. Disponível em:<<http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/o-que-sao-administracoes-regionais/80>>. Acessado em 21 de novembro de 2016.

DATASUS, 2012 Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/apresent.htm>>. Acessado em: 14 de julho de 2017.

DATASUS. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html>. Acessado em: 14 de julho de 2017.

DEASE. Disponível em:<<http://www.dease.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=8>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

DEFENSORIA PÚBLICA DO PARANÁ. Disponível em:<<http://www.defensoriapublica.pr.def.br/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

DICIONÁRIO PRIBERAM. Disponível em:<<https://www.priberam.pt/dlpo/zoonose>>. Acessado em: 4 de julho de 2017.

FEAES. Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba. Disponível em:<<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/caracteristicas-dos-caps.html>>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

GORDON, Steven R. e GORDON, Judith. Sistemas de Informação: uma abordagem gerencial. 3 ed. Rio de Janeiro : LTC, 2006

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em:<http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de dezembro de 2016.

IBGE. Microdados 2010. Disponível em:<http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de dezembro de 2016.

IBGE, Cidades. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acessado em 09 de janeiro de 2017.

IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE – Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, Rio de Janeiro – RJ, 2016.

IBGE. Conceituação das Características Investigadas PNAD 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>. Acessado em: 11 de janeiro de 2017.

ICI. Disponível em: <http://multimidia.ici.curitiba.org.br/2016/12/pdf/00003330.pdf>. Acessado em: 19 de julho de 2017.

IDB, 2012. Indicadores e Dados Básicos Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

INEP. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/>. Acessado em: 19 de janeiro 2017.

IPCC. Disponível em: <http://www.ipcc.org.br/projetos/curitibaninhos.html>. Acessado em: 20 de julho de 2017

IPPUC, Sistema de Equipamentos Urbanos de Curitiba (SEUC). Disponível em: http://www.ippuc.org.br/nossobairro/nosso_bairro.htm. Acesso em: 23 de novembro de 2016.

LOPES, Ana Christina Brito. Entre Fatos e Dados, os Efeitos Perversos na Proteção Integral à Criança e Adolescentes: Desproteção, insignificância e invisibilidade. Tese de Doutorado. PGSOCIO – UFPR: Curitiba – PR, 2013.

MENDES, Carolina Q. S., AVENA, Marta J., MANDETTA, Myriam A., BALIEIRO, Maria M. F. G. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v.15, n.1, p 7-12 |Junho 2015

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Disponível em: <http://www.mppr.mp.br/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/organograma/20160323_organograma.pdf. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

PRADIN. Disponível em: http://www.anipes.org.br/site/?page_id=14. Acessado em 14 de janeiro de 2017.

PROTEÇÃO INTEGRAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Instrumentos Normativos Nacionais e Internacionais. Organizado por Ana Christina Brito Lopes, 2 ed. Curitiba, PR: SECS, 2015.

RIPSA. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.16.pdf. Acessado em: 09 de janeiro de 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES. Disponível em:< <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668>>. Acessado em: 14 de dezembro de 2017.

SINAN. Disponível em:< <http://portalsinan.saude.gov.br/>>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

SINAN. Disponível em:< <http://portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agrivos>>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

SBP, 2017. Sociedade Brasileira de Pediatria. Bebidas alcoólicas são PREJUDICIAIS à saúde da criança e do adolescente. Disponível em:<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/N-ManOrient-Alcoolismo.pdf>. Acessado em: 23 de agosto de 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ. Disponível em:<<https://www.tjpr.jus.br/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PARANÁ. Disponível em:< https://www.tjpr.jus.br/infancia-e-juventude?p_auth=ctJh3nFP&p_p_id=36&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=1&_36_struts_action=%2Fwiki%2Fview&_36_nodeId=5811821&_36_title=4.+Endere%C3%A7os>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

UNFPA. Disponível em:<<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>>. Acessado em: 14 de agosto de 2017.

VASCONCELLOS, M. T. L. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rua André Cavalcanti 106, Rio de Janeiro, RJ. 20231-050, Brasil.

7. GLOSSÁRIO

TERMOS TÉCNICOS		DESCRIÇÃO
A	Acidente de trabalho - Exposição a material biológico	Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.
	Animais peçonhentos	São reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, de escorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacrarias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública podem ser definidos como aqueles que causam acidentes classificados pelos médicos como moderados ou graves.
	Antirrábico	O uso da vacina e do soro é parte do programa de profilaxia da raiva.
C	Chikungunya	É uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV). A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos <i>Ae. Aegypti</i> e <i>Ae. albopictus</i> infectadas pelo CHIKV.
	Coqueluche	Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.
D	Dengue	Transmitida pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> , a dengue é uma doença viral que se espalha rapidamente.
	Doença de Lyme	Zoonose causada por espiroqueta transmitida por carrapato, - caracterizada por lesão cutânea iniciada por uma pequena mácula ou pápula vermelha que aumenta lentamente, tomando uma forma anular.
	Doenças relacionadas ao trabalho - LER	São considerados sinônimos lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), síndrome cervicobraquial ocupacional, afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho (Amert) e lesões por traumas cumulativos (LTC).
H	Hanseníase (lepra)	É uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o <i>Mycobacterium leprae</i> (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas.
	Hepatite viral	É a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus, uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, além de doenças autoimunes, metabólicas e genéticas.
	HIV	É o vírus da imunodeficiência humana. Recebe esse nome, pois destrói o sistema imunológico. A AIDS é o estágio mais avançado do HIV, ou seja, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS é ocasionada pelos desdobramentos do contágio com o Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV.
I	Influenza	Comumente conhecida como gripe, é uma doença viral febril, aguda, geralmente benigna e autolimitada. Os vírus influenza são transmitidos facilmente por aerossóis produzidos por pessoas infectadas ao tossir ou espirrar. Existem 3 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Os vírus influenza A são ainda classificados em subtipos de acordo com as proteínas de superfície, hemaglutinina (HA ou H) e neuraminidase (NA ou N). Dentre os subtipos de vírus influenza A os subtipos A (H1N1) e A (H3N2) circulam atualmente em humanos. Alguns vírus influenza A de origem aviária também podem infectar humanos causando doença grave, como no caso do A (H7N9).

L	Leishmaniose visceral	Era primariamente, uma zoonose caracterizada como doença de caráter eminentemente rural. Mais recentemente, vem se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte e se tornou crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica. É uma doença sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, dentre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.
	Leptospirose	Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica. É causada por uma bactéria presente na urina de ratos. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.
M	Meningite	É um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos.
S	Sífilis	É uma doença infecciosa causada pela bactéria <i>Treponema pallidum</i> . Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.
T	Tuberculose respiratória	É uma doença infecciosa causada por um micróbio chamado «bacilo de Koch». É uma doença contagiosa, quer dizer, que passa de uma pessoa para outra. É uma doença que atinge principalmente os pulmões, mas podendo ocorrer em outras partes do nosso corpo, como nos gânglios, rins, ossos, intestinos e meninges.
V	Varicela	Popularmente conhecida como “catapora” é uma doença infecciosa aguda, altamente transmissível, causada pelo vírus varicela-zóster. A doença é mais comum em crianças entre um e dez anos, porém pode ocorrer em pessoas susceptíveis (não imunes) de qualquer idade.
Z	Zika vírus	É uma doença causada por um vírus transmitida, principalmente, pelos mosquitos <i>Ae. Aegypti</i> e <i>Ae. albopictus</i> .

Fonte: SINAN, 2016.

8. APÊNDICE 1

Método de cálculo dos indicadores e classificações apresentadas:

- **Classificação dos bairros em cinco grupos**

Após o cálculo de cada indicador por bairro utilizou-se o *software* Pradin – Programa de Apoio à Tomada de Decisão baseada em Indicadores para agrupar os bairros pela metodologia de agrupamentos por quintil, que divide a base ordenada (os indicadores dos 75 bairros) em 5 grupos, caracterizando nos grupos extremos os maiores e os menores indicadores.

- **Indicadores: Taxas de Notificação ou Registro**

As taxas são calculadas com base nas notificações ou registros da fonte de dados da rede de atendimento, sejam elas oriundas de sistemas ou de registros de atendimentos.

Para todos os indicadores ela segue a mesma lógica de cálculo:

$$\text{TAXA} = \left(\frac{\text{Número de Registros ou Notificação}}{\text{Total da População}} \right) * 1000$$

Sendo que:

- ☑ O número de registros ou notificação será de uma fonte específica de dados;
- ☑ O total da população pode ser o total da população da Regional, ou de um Bairro ou de uma faixa etária específica com referência da fonte de dados o Censo Demográfico do IBGE 2010.



www.painelpesquisas.com.br | Rua Ibirapuera, 705D - Joinville/SC
Tel: 47 3025-5467 | atendimento@painelpesquisas.com.br



IDEALIZAÇÃO:



REALIZAÇÃO:



APOIO:



CURITIBA